

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1013/2019

ATAS/1064/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 novembre 2019

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée aux AVANCHETS

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Maria-Esther SPEDALIERO et Christine WEBER-FUX, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1963, de nationalité suisse, mère de deux enfants nés en 1986 et 1989, divorcée, travaille depuis le 1^{er} novembre 2003 à 100% comme gestionnaire clientèle pour la centrale B_____ (ci-après : l'employeur).
2. L'assurée a présenté une incapacité de travail totale du 21 juin au 14 juillet 2013, de 50% du 15 juillet au 17 septembre 2013, totale du 18 septembre au 2 octobre 2013 et de 50% dès le 3 octobre 2013.
3. Le 15 novembre 2013, la Madame C_____, psychologue FSP - neuropsychologue FSP, a effectué un examen neuropsychologique de l'assurée concluant à un statut cognitif dans la norme ; la fatigue évoquée par l'assurée pouvait nosologiquement prendre place dans un contexte de burn-out, dans le cadre d'une surcharge de travail chronique de longue date et d'obligations personnelles.
4. L'employeur a annoncé le cas à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) le 22 janvier 2014.
5. Le 13 mars 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité.
6. Le 26 mars 2014, la doctoresse D_____, FMH médecine interne générale, a rempli un rapport médical AI attestant d'un suivi depuis 1996 et d'un diagnostic d'état dépressif depuis juin 2013 pour l'épisode actuel. L'assurée présentait des difficultés de concentration et commettait de nombreuses erreurs dans son travail qui était ralenti.
7. Le 2 avril 2014, la doctoresse E_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rempli un rapport médical AI attestant d'un suivi depuis le 14 janvier 2014, d'un diagnostic d'état dépressif majeur depuis juin 2013, d'un traitement médicamenteux et d'un suivi psychothérapeutique, de fatigabilité et manque de concentration se traduisant par une diminution de rendement et de l'anxiété. L'incapacité de travail était totale depuis le 15 mars 2014.
8. Le 14 avril 2014, une note de l'employeur indique que malgré les aménagements professionnels effectués en faveur de l'assurée (diminution de la charge de travail), celle-ci éprouve beaucoup de difficultés à atteindre l'objectif minimum fixé, avec une aggravation des symptômes.
9. Le 16 avril 2014 le docteur F_____, chiropraticien, a indiqué suivre l'assurée depuis le 3 décembre 2013 pour vertiges cervicogènes depuis 2012, liés à un état de fatigue et de surcharge chronique.
10. Le 14 mai 2014, un rapport d'évaluation de l'OAI indique qu'un suivi de reprise du travail à 50% est effectué.
11. La Dresse E_____ a attesté d'une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} juin 2014, de 75% dès le 16 juin 2014 et de 100% dès le 7 juillet 2014.

12. Un rapport de clôture IP en vue de DDP relève que l'assurée travaille à 100% depuis juillet, son état de santé s'étant amélioré et que le mandat d'intervention précoce est clôturé.
13. Le 15 décembre 2014, l'employeur a signalé à l'OAI que l'assurée travaillait difficilement à 100%.
14. Le 14 janvier 2015, la Dresse D_____ a mentionné qu'elle n'avait pas revu l'assurée depuis le 6 février 2014.
15. Le 19 janvier 2015, le Dr F_____ a attesté d'un état de santé stationnaire avec une capacité de travail de 70% (peine à se concentrer, fatigabilité excessive, maux de tête, vertiges).
16. Le 3 mars 2015, l'employeur a indiqué à l'OAI que l'assurée arrivait à travailler trois jours et qu'ensuite elle fatiguait.
17. Le 18 mars 2015, l'employeur a écrit à l'OAI que l'assurée présentait depuis juillet 2014 une baisse considérable de productivité, associée à une grande perte d'énergie et à des problèmes de concentration. Elle était actuellement en incapacité de travail de 30%. Il a sollicité la réouverture du dossier AI.
18. Le 31 mars 2015, la Dresse E_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'une amélioration de l'état de santé de l'assurée, de façon progressive, depuis janvier 2013 avec une reprise de travail progressive en cours. La capacité de travail était de 70% (fatigue fin de journée et fin de semaine).
19. Le 24 juillet 2015, le docteur G_____, médecin praticien, a attesté d'une capacité de travail de 50% depuis le 13 mai 2014 (ralentissement psychomoteur, peu de résistance au travail). Il a posé les diagnostics d'état dépressif majeur (évoluant avec des décompensations), de dorsalgies et de bronchopneumonie obstructive. Il suivait l'assurée depuis le 13 mai 2014, à la suite de la Dresse D_____. On pouvait s'attendre à une reprise à 75% dès juillet 2015.
20. Le 31 juillet 2015, le Dr F_____ a attesté d'une amélioration de l'état de santé, avec la reprise d'élan de vitalité.
21. L'employeur a indiqué à l'OAI, le 19 novembre 2015, une incapacité de travail de : 100% du 21 juin au 14 juillet 2013, 50% du 15 juillet au 17 septembre 2013, 100% du 18 septembre au 2 octobre 2013, 50% du 3 octobre 2013 au 12 mars 2014, 100% du 13 mars au 22 avril 2014, 50% du 23 avril au 15 juin 2014, 25% du 16 juin au 6 juillet 2014, 0% du 7 juillet 2014 au 8 janvier 2015, 30% du 9 janvier au 14 janvier 2015, 100% du 15 janvier au 26 janvier 2015, 30% du 27 janvier au 31 mars 2015, 20% du 1^{er} avril au 13 septembre 2015, 100% du 14 septembre au 28 septembre 2015, 20% du 12 octobre au 9 novembre 2015, 100% du 10 novembre au 18 novembre 2015, 50% du 18 novembre au 30 novembre 2015.
22. Le 3 mai 2016, le docteur H_____, du SMR, a rendu un avis médical selon lequel il convenait de demander des renseignements complémentaires au Dr G_____.

23. Le 30 mai 2016, le Dr G_____ a indiqué que l'assurée avait pu reprendre son travail à 100 % dès le 14 mars 2016. Il persistait un syndrome douloureux (polymyalgies et polyarthralgies) qui n'empêchait pas l'assurée de travailler à 100%.
24. Le 2 décembre 2016, le docteur I_____, médecin-conseil de l'employeur, a indiqué à celui-ci que des investigations médicales n'avaient pas permis d'expliquer l'asthénie importante de l'assurée et a conseillé une nouvelle annonce de détection précoce à l'OAI.
25. Le 19 décembre 2016, le docteur J_____, FMH médecine générale, a prescrit à l'assurée un traitement contre le virus Ebstein Barr (mononucléose) et cytomégalovirus (CMV).
26. Le 22 décembre 2016, l'employeur a indiqué que l'incapacité de travail était de 20% dès le 7 décembre 2015, nulle du 15 mars au 5 septembre 2016, totale du 6 septembre au 9 novembre 2016 et de 50% du 10 novembre 2016 au 18 janvier 2017.
27. Le 3 janvier 2017, l'assurée a informé l'OAI qu'elle avait changé de médecin traitant et consulté la doctoresse K_____, FMH médecine interne générale.
28. Le 26 janvier 2017, l'assurée a indiqué, à la demande de l'OAI, que son état de santé s'était aggravé, occasionnant un arrêt de travail à 100% depuis le 13 janvier 2017.
29. Le 20 mars 2017, la Dresse E_____ a rempli un rapport médical AI indiquant une capacité de travail à 50% (jusqu'au 13 janvier 2017) et une activité exercée encore exigible à 20-30%, et un diagnostic d'état dépressif majeur sans symptômes psychotiques en juin 2013 et autres troubles mentaux dus à une affection physique (infection par cytomégalovirus). Elle présentait des troubles de l'attention, de la mémoire, de la concentration, de la fatigabilité, de l'irritabilité (dus à son rendement diminué), et une incapacité à suivre le rythme que lui était demandé par la hiérarchie, malgré des aménagements en cours.
30. Le 20 mars 2017, le Dr J_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'une capacité de travail de l'assurée de 20%, d'un syndrome de fatigue chronique suite (?) à une piqûre de tique, un syndrome infectieux chronique évolutif, une ancienne borréliose, une babésiose, une toxoplasmose, un CMV et un Ebstein Barr virus. Il suivait l'assurée depuis le 19 décembre 2016. Elle présentait une fatigue physique et une baisse de mémoire/concentration.
31. Le 24 avril 2017, la Dresse K_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée (ne nécessitant pas des capacités cognitives intactes), en raison de troubles cognitifs. Elle a posé les diagnostics incapacitants des troubles cognitifs depuis septembre 2016, de syndrome dépressif majeur depuis juin 2013 et d'infection à la babésiose (infection virale réactivée à CMV). Elle suivait l'assurée

depuis le 13 juillet 2016. Celle-ci présentait des troubles de la concentration et de l'attention. L'incapacité de travail était totale du 6 au 30 septembre 2016 puis de 50% du 26 décembre 2016 au 3 janvier 2017, puis totale dès le 13 janvier 2017.

La Dresse K_____ a prolongé l'incapacité de travail totale de l'assurée (hormis une capacité de travail de 50% attestée du 14 janvier au 12 février 2017) jusqu'au 11 mai 2018.

32. Le 2 mai 2017, Mme C_____ a rendu un rapport d'examen neurologique de l'assurée concluant à un trouble de l'attention sévère altérant l'attention divisée, la mémoire de travail et l'attention soutenue, et plus modérément, le déplacement du foyer attentionnel. Ce déficit attentionnel s'accompagnait de troubles mnésiques sévères altérant la fixation et le rappel de données nouvelles. De tels troubles attentionnels et mnésiques n'étaient pas compatibles avec une activité professionnelle. Ils s'observaient dans le cadre d'une infection chronique à CMV. Le bilan, comparativement à celui observé en 2013, avait donc très significativement baissé puisqu'il se rangeait maintenant dans le registre de la pathologie.
33. Le 23 mai 2017, l'employeur a communiqué à l'OAI un récapitulatif de la productivité de l'assurée pour la période où elle était déclarée apte au travail (soit du 1^{er} juillet au 31 décembre 2014 et du 1^{er} avril au 31 août 2016), démontrant une productivité inférieure à celle d'un collaborateur moyen.
34. Le 25 juillet 2017, l'employeur et l'assurée ont signé une convention de cessation des rapports de travail au 1^{er} janvier 2018.
35. Le 28 septembre 2017, la Doctoresse M_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'une fatigue chronique depuis 2013 et d'une incapacité de travail totale due à des troubles de l'attention et de la concentration.
36. Le 27 juillet 2018, à la demande de l'OAI, la Swiss médical expertise S.A. (ci-après : SMEX S.A.) a rendu un rapport d'expertise bidisciplinaire (docteurs N_____, FMH médecine générale et O_____, FMH psychiatrie et psychothérapie).

L'assurée se plaignait de troubles de la mémoire et d'une fatigue ayant commencé après une chute en 2013.

Les experts ont nié tout diagnostic incapacitant et retenu les diagnostics de F33.0 état dépressif récurrent et réactionnel à des difficultés somatiques, d'intensité légère, infection à cytomégalovirus [laboratoire : examen du 31 octobre 2017 - IgG 392.7 UA/ml (n<6)], BPCO depuis 2012, obésité avec IMC à 30.86, léger status variqueux bilatéral.

Les altérations neuropsychologiques n'étaient pas remises en doute mais indiquaient un dysfonctionnement infra-clinique, de sorte que le déficit global sur le plan de la psychopathologie était faible. L'assurée semblait avoir développé le syndrome de fatigue chronique selon une sérologie EBV et CMV dont

l'authenticité devait être vérifiée par le somaticien. L'infection au CMV était intervenue trois mois avant le test du 31 octobre 2017, laquelle pouvait provoquer de la fatigue mais l'assurée se plaignait de fatigue depuis 2013. Le diagnostic de TSD (maladie de Tay-Sachs) pouvait être écarté. Du point de vue psychiatrique, à partir de juin 2017, la capacité de travail aurait dû être de 100%. Du point de vue somatique, une incapacité de travail de 100% au moment de l'infection virale en octobre 2017 (2 mois à 100% et 2 mois à 50%) pouvait être retenue. Un rapport d'entretien de l'assurée avec son employeur de novembre 2016 avait relevé que malgré l'évolution des performances de l'assurée, les perspectives étaient sombres, l'assurée ne progressant plus (elle assumait seulement 50% des tâches décrites dans son cahier des charges), le poste n'était pas adapté à ses capacités.

37. Le 4 septembre 2018, la doctoresse P_____, du SMR, a rendu un rapport final subséquent.

Selon l'expertise pluridisciplinaire, il n'y avait pas d'éléments psychiatriques de gravité qui pouvaient influencer une incapacité de travail. Le trouble de l'humeur était d'intensité faible. L'examen neuropsychologique, effectué à deux reprises avec une distance de 2-3 ans, ne contenait pas d'éléments qui permettaient d'avoir une vision évolutive de l'état strictement psychique. Pour le psychiatre, les tests indiquaient un dysfonctionnement infra-clinique. Il n'y avait pas de caractère de gravité au déficit global sur le plan de la psychopathologie.

En ce qui concernait le problème de la médecine interne, une fatigue depuis 2013, au fil du temps se couplait avec une cervicalgie et lombalgie. Le spécialiste en médecine interne estimait que le CMV avait influencé une incapacité de travail dès octobre 2017 à 100% pour deux mois jusqu'à fin décembre, et à partir du mois de janvier jusqu'à fin février la capacité de travail était de 50% et, par la suite, la capacité de travail devait être de 100%. Il convenait de suivre l'expertise. Il n'y avait pas de diagnostic incapacitant, le CMV ayant influencé l'incapacité de travail limitée dans le temps.

38. Par projet de décision du 27 septembre 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que l'atteinte à la santé de l'assurée ne constituait pas une invalidité.
39. Le 26 octobre 2018, l'assurée, représentée par PROCAP, a écrit à l'OAI pour contester le projet de décision.

L'expertise du SMR ne contenait pas d'analyse des indicateurs, pourtant requise, par le Tribunal fédéral. Dans la mesure où les experts ne mettaient en évidence aucun motif d'exclusion, qu'il existait une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie, qu'elle avait tenté de s'autoréadapter professionnellement durant de longs mois, qu'il existait une absence d'amélioration thérapeutique, malgré un suivi et une compliance adéquate et que les ressources personnelles étaient plutôt faibles, il était attendu de la part des experts un raisonnement plus approfondi au sujet des indicateurs. En outre, le développement

et la structure de la personnalité n'avaient pas été décrits de manière précise par l'expert psychiatre et il n'y avait pas non plus un comparatif entre les ressources disponibles avant et après l'atteinte. Par ailleurs, la qualification d'infra-clinique des altérations cognitives n'était pas compréhensible, vu les conclusions de l'examen neuropsychologique de 2017.

L'assurée a communiqué un rapport de la consultation de la mémoire (examen neuropsychologique du 24 août 2018) des services de gériatrie 3C des HUG, effectué à la demande de la Dresse Q_____. Selon celui-ci, une IRM cérébrale du 23 mai 2018 ne montrait pas d'anomalie notable. Le bilan cognitif mettait en évidence en premier plan des symptômes anxieux (de gravité modérée) et dépressifs (de gravité légère). Les symptômes thymiques étaient accompagnés par un déficit cognitif d'intensité modérée (selon les critères de l'ASNP, 2015) d'allure attentionnelle/exécutive et, dans une moindre mesure, mnésique. Le trouble attentionnel touchait les ressources de traitement et la capacité de concentration, avec ralentissement. Le trouble exécutif touchait la flexibilité mentale, l'inhibition, les processus de contrôle et de mise à jour, et la recherche stratégique. Le trouble mnésique en mémoire épisodique verbale au second plan touchait plutôt la consolidation et la récupération, épargnant l'encodage. Comparativement au précédent bilan neuropsychologique réalisé le 2 mai 2017 (Mme C_____), il était retenu une péjoration des troubles, à présent plus marqués sur la composante dysexécutive. Ces difficultés étaient de nature et d'intensité à potentiellement limiter la capacité fonctionnelle de l'assurée au quotidien ainsi que pour les sollicitations professionnelles. La capacité fonctionnelle pouvait même être fortement limitée lors des tâches requérant un niveau d'exigence élevé.

40. Le 30 janvier 2019, la Dresse P_____, du SMR, a maintenu son précédent avis.
41. Par décision du 12 février 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations, en se référant au dernier avis du SMR.
42. Le 12 mars 2019, l'assurée a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, en faisant valoir que sa maladie continuait d'avancer (problème de mémoire, de concentration, atteinte de l'humeur, immunodéficiences entraînant des infections). Le CMV avait déjà été testé le 15 mai 2000 (selon une analyse du 12 mai 2000 de l'institut bio-analytique Riotton). Elle sollicitait une nouvelle évaluation de son état de santé.
43. Le 9 avril 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours, en se référant à l'expertise bidisciplinaire du SMR et en relevant que l'aggravation notée dans le bilan cognitif de 2018 n'avait justifié aucun traitement médicamenteux, ni suivi spécialisé.
44. Le 8 juin 2019, l'assurée a répliqué. Elle a mis en doute la valeur probante de l'expertise du SMR. Sa motivation pour obtenir une rente AI indiquée comme économique était de la diffamation car elle avait auparavant un salaire annuel de plus de CHF 100'000.-. Elle avait, en effectuant un CFC en 2008, amélioré ses conditions de travail et voulu travailler, ce d'autant plus qu'elle avait trois enfants à

charge et encore un actuellement. Elle n'avait pas arrêté de travailler en 2013 mais bénéficié d'un case management sur sa place de travail, qui s'était toutefois soldé par son licenciement. Les examens neuropsychologiques de 2013, 2017 et 2018 ne montraient aucune amélioration. Lors de son examen par l'expert, celui-ci lui avait suggéré de faire un autre examen neuropsychologique, celui de 2013 étant ancien, sans remarquer que figurait au dossier celui de 2017.

Elle ne pouvait pas lire, avait des troubles de la mémoire, de la sensibilité au bruit, à la lumière. Le rapport de la Dresse Q_____ avait été écarté sans raison. La Dresse K_____ lui avait communiqué par courriel du 17 mars 2017 une copie du rapport qu'elle s'apprêtait à envoyer à l'OAI, lequel mentionnait une capacité de travail de 20% et non pas de 100% dans une activité adaptée. Elle a joint une copie de ce rapport, muni du tampon de la Dresse K_____, avec signature, daté du 4 juin 2019, et apposé à côté de la mention d'une capacité de travail exigible de l'assurée de 20% dans une activité adaptée.

L'assurée a joint un certificat médical du 7 août 2019 de la Dresse K_____, attestant d'une aggravation de son état de santé, avec une cholécystite aigüe survenue par deux fois, associée à une allergie aux antibiotiques, un syndrome pseudo grippal avec asthénie chronique ; ces pathologies étaient survenues entre décembre 2016 et juin 2019.

45. Le 30 septembre 2019, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

La recourante a déclaré : « J'ai été engagée depuis le 3 juillet 2019 par R_____ qui est une entreprise temporaire pour un emploi pour la Maison S_____ comme réceptionniste Call Center. Je fais de la réception par téléphone. Je dois aussi faire des tâches administratives que je dois inscrire dans le système informatique. J'ai un travail sur appel. Je peux donc travailler entre 0 % et 100 %. Concrètement j'ai travaillé à 30 % en juillet, à 50 % en août, puis à 60 % en septembre. Toutefois je n'arrive pas à suivre avec ce travail. Je me donne à fond, je m'efforce de faire comme si ça allait bien mais je ne sais pas combien de temps ça va tenir. A côté de mon travail je ne fais que dormir. De plus actuellement j'ai une infection, je suis sous antibiotiques et je dois me faire enlever la vésicule biliaire le 8 octobre 2019. Ma fatigue et mes problèmes de concentration sont survenus après ma chute en 2013. J'ai eu des lésions sur la face et cela m'a bloqué les vertèbres cervicales. Certains médecins ont fait un lien entre ma fatigue et mes symptômes et le cytomégalovirus, la babésiose et la borréliose, mais je ne sais pas si c'est le cas car je ne suis pas médecin. Je me rappelle avoir été piquée par une tique lorsque j'avais 12 ans mais sinon je n'en ai pas le souvenir. J'ai recommencé à travailler après ma chute mais au fil du temps j'étais de plus en plus fatiguée puis je me suis mise à pleurer. SOS médecin que j'avais appelé m'a donné un calmant. Ensuite j'ai beaucoup dû dormir, j'ai été en arrêt pendant six mois. Ensuite on m'a diagnostiqué une dépression. L'expertise s'est très mal passée, je disais à l'interniste que j'étais fatiguée et que j'avais des problèmes de concentration et il me répondait que lui

aussi. Quant au psychiatre il m'a répété trois fois que j'étais très bien à l'aide sociale. Il s'écoutait parler en m'évoquant le compositeur A_____. Il m'a aussi demandé pourquoi je n'avais pas d'homme dans ma vie. Il n'a pas vu qu'un deuxième test neuropsychologique avait été effectué alors même qu'il était au dossier. Finalement à lire l'expertise on estime que je suis juste fainéante alors que mon état de santé n'a pas été pris en compte et que par ailleurs j'ai toujours travaillé à 100 % en élevant seule mes trois enfants. La Dresse K_____ a toujours certifié une incapacité de travail qui fluctue. Pour moi elle avait certifié une capacité de travail de 20 % dans le rapport envoyé à l'AI. La Dresse K_____ n'a pas su expliquer pourquoi il y a une différence entre le rapport qu'elle a envoyé à l'AI qui prévoit une capacité de travail de 100 % et celui qu'elle m'a envoyé par courriel qui mentionne une capacité de travail de 20 % ».

46. Le 22 octobre 2019, la Dresse P_____, du SMR, a constaté que l'expertise psychiatrique et de médecine interne était incomplète. L'expert psychiatre concluait sans avoir pris connaissance du dernier bilan neuropsychologique qui mettait en évidence une éventuelle aggravation des troubles cognitifs. L'expert interniste n'avait pas analysé le trouble somatoforme douloureux (TSD) comme cela avait été demandé dans le mandat. De plus, aucun des trois examens neuropsychologiques n'avait été complété par des tests de validation des symptômes. Dans ce contexte, une instruction médicale complémentaire s'avérait nécessaire avec la mise en place d'une nouvelle expertise comprenant un volet psychiatrique, neuropsychologique avec des tests de validation des symptômes et rhumatologique.
47. Le 22 octobre 2019, l'OAI a conclu au renvoi du dossier pour instruction médicale complémentaire.
48. Le 9 novembre 2019, l'assurée a indiqué qu'elle acceptait la proposition de l'OAI de procéder à une instruction médicale complémentaire.
49. Sur quoi, 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) en vigueur depuis 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).

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.

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. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.
5. 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).
6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont 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)

7. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la 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, les 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 131 V 49 consid. 1.2).

Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

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 ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique

(ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail n'est plus du tout ou seulement partiellement exigible de sa part. On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 652/04 du 3 avril 2006 consid. 2.3).

8. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).
9. En l'occurrence, l'intimé a considéré que le rapport d'expertise du 27 juillet 2018 était incomplet, de sorte qu'une nouvelle expertise pluridisciplinaire se justifiait. Il

a proposé le renvoi du dossier pour instruction médicale complémentaire, ce que la recourante a accepté le 9 novembre 2019.

10. Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction médicale complémentaire et nouvelle décision.

Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 12 février 2019.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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