
EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____1959, a demandé des prestations de l'assurance-invalidité le 23 février 2018 indiquant souffrir d'hypothyroïdie, anémie ferriprive, dyslipidémie, carence vitamines D, minime insuffisance mitrale, gonarthrose fémoro-tibiale médiale sévère, déchirure complexe du ménisque, chondropathie fémoro-patellaire de stade IV depuis 2010. Elle travaillait en tant que femme de ménage et masseuse indépendante jusqu'au 31 décembre 2017.
2. À teneur d'un extrait de son compte individuel, l'assurée a gagné, en 2014 CHF 4'080.- et CHF 1'921.- (chèque service), en 2015 CHF 2'241.- (chèque service) et CHF 3'760.- et en 2016 CHF 2'560.- (chèque service).
3. À teneur d'un rapport établi le 7 mars 2018 par trois médecins du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), l'assurée était suivie par ce service pour des gonalgies droites. Le diagnostic était une gonarthrose droite avec status post-arthroscopie du genou droit en 2016. La poursuite du traitement conservateur avec de la physiothérapie et une infiltration de corticoïde étaient proposées. Une infiltration était prévue le 9 mars 2018.
4. À teneur d'un rapport établi le 10 avril 2018 par le docteur C_____, de l'institut médico-chirurgical de Champel, l'assurée souffrait de différents troubles à la santé (correspondant à ceux décrits dans la demande de prestations de l'assurance-invalidité) en raison desquelles elle était en incapacité de travail à 100% dès le 10 novembre 2016, confirmé par le docteur D_____, orthopédiste, et dès le 12 septembre 2017, confirmé par le docteur E_____, orthopédiste.
5. À teneur d'un courrier adressé par Monsieur F_____ à Chèque service le 28 février 2018, l'assurée lui avait présenté sa démission. Elle avait encore travaillé chez lui les 9 et 24 février pour un total de huit heures à CHF 25.- l'heure.
6. À teneur d'un rapport de consultation établi le 4 juillet 2018 par trois médecins du service de chirurgie orthopédique des HUG, l'assurée était revue à quatre mois de sa dernière consultation avec le team genou. Elle avait depuis réalisé les séances de physiothérapie ainsi qu'une infiltration du genou droit qui avait eu peu d'effet sur la douleur. Elle demandait une prise en charge chirurgicale.

L'indication chirurgicale pour la mise en place d'une prothèse totale du genou à droite était retenue. L'assurée serait revue le 3 août 2018 pour un contrôle clinique.
7. Selon un rapport établi par le Dr C_____ le 19 juillet 2018, l'assurée souffrait de troubles psychiatriques qui l'incapacitaient à 100%.
8. À teneur d'une note téléphonique établie par un gestionnaire de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI) le 8 novembre 2018, celui-ci avait appelé l'assurée pour savoir si elle avait un suivi psychiatrique, suite

au rapport médical du Dr C_____ du 19 juillet 2018. Elle avait répondu qu'elle ne consultait pas de médecin-psychiatre.

9. Le conseil de l'assurée a informé l'OAI le 11 août 2018 que l'assurée retirait sa demande d'assurance-invalidité.
10. À teneur d'un rapport établi le 21 août 2018, l'assurée a été hospitalisée aux HUG du 9 au 17 août 2018 pour une PEC élective. Le diagnostic était une gonarthrose droite évoluée invalidante. Les suites post-opératoires étaient favorables. L'assurée était en incapacité de travail du 9 août au 23 septembre 2018.
11. À teneur d'un rapport établi le 10 octobre 2018 par trois médecins du service de chirurgie orthopédique des HUG, l'assurée était revue à six semaines post-opératoires (PTG droite le 9 août 2018). L'évolution était favorable. La patiente n'avait plus aucune douleur et ne prenait plus d'antalgiques per os. Elle avait repris la totalité de ses activités quotidiennes sans problèmes. La cicatrice était propre et calme. Le bilan radiologique réalisé montrait un matériel prothétique en place, sans déplacement secondaire ni signe de descellement.
12. Selon un rapport établi par le Dr C_____ le 4 janvier 2019, l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire. Les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail étaient une gonarthrose, HTA, DT 2, obésité. Les limitations fonctionnelles était la marche prolongée. La capacité de travail était de 0%. La reprise de travail devait être déterminée selon avis psychiatrique.
13. Selon un rapport établi le 28 février 2019 par le docteur M. G_____, médecin SMR, il s'agissait d'une première demande d'une assurée de 60 ans ayant exercé la profession de femme de ménage à raison de 8 heures par mois et ayant démissionné le 24 février 2018 pour des raisons de santé. L'assurée était en incapacité de travail depuis le 9 août 2018 pour une gonarthrose fémoro-tibiale droite. Elle était prise en charge par le service orthopédique des HUG depuis le 21 novembre 2017 pour sa pathologie du genou droit. Différents traitements conservateurs comme de la physiothérapie, des infiltrations avaient été proposés. L'évolution étant défavorable, le Dr H_____, médecin orthopédiste aux HUG, avait estimé nécessaire la pose d'une prothèse totale du genou, opération qui avait été réalisée le 9 août 2018. L'évolution post-opératoire était favorable. Dans le rapport de consultation post-opératoire du 21 septembre 2018, le Dr H_____ notait une évolution favorable à six semaines post-opératoire. L'assurée ne présentait plus aucune douleur et avait repris la totalité de ses activités quotidiennes sans problème. Le spécialiste proposait un nouveau contrôle à un an de l'intervention, soit en août 2019. L'assuré avait présenté une pathologie orthopédique n'ayant pas entraîné une incapacité durable et notable. Elle était suivie par son médecin traitant pour hypertension artérielle, dyslipidémie, obésité, diabète non insulino-dépendant, hypothyroïdie, anémie ferriprive, carence en vitamine D, toutes pathologies non incapacitantes durablement. Le rapport médical du Dr C_____ mentionnait un suivi psychiatrique, non corroboré par les dires de l'assurée. Dans ce rapport, le

Dr C_____ estimait la capacité de travail de l'assurée nulle dans toute activité. Après examen minutieux de toutes les pièces du dossier, le SMR s'écartait de l'avis du médecin traitant considérant que l'incapacité de travail à 100% était justifiée du 9 août au 21 septembre 2018 selon le rapport de consultation post-opératoire du Dr H_____ et qu'à compter du 21 septembre 2018, la capacité de travail de l'assurée était entière dans toute activité.

14. Par projet de décision du 1^{er} mars 2019, l'OAI a constaté que l'assurée avait été en incapacité de travail du 9 août au 21 septembre 2018. Selon les éléments au dossier, sans atteinte à la santé, elle aurait exercé une activité professionnelle à 5%. Dès lors le statut retenu était celui d'une personne mixte qui consacrait 95% de son temps à des activités ménagères. Après examen des éléments médicaux en sa possession, il ressortait clairement que la capacité de travail de l'assurée était de 100% dans son activité habituelle raisonnablement exigible dès le 22 septembre 2018. Concernant les mesures d'ordre professionnel, compte tenu de la capacité de travail présentée dans son activité habituelle, de telles mesures n'étaient pas indiquées, ni nécessaires dans sa situation. S'agissant du droit à la rente, le délai d'attente d'une année n'étant pas atteint, ce droit ne lui était pas reconnu.
15. À teneur d'une note sur le statut du 1^{er} mars 2019, l'assurée était âgée de 60 ans, mariée et sans enfant. Elle travaillait comme employée de maison pour le compte de Chèque service (M. F_____) à raison de 8 heures par mois sur un total de 160 heures par mois, ce qui représentait un taux d'activité de 5%. Les 95% restant étaient consacrés à la sphère ménagère. Un statut mixte était en conséquence retenu.
16. Par décision du 11 avril 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision.
17. Le 24 avril 2019, l'assurée a formé recours contre la décision de l'OAI du 11 avril 2019 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. L'OAI avait relevé dans sa décision qu'elle avait elle-même nié son droit à la rente. Il était exact qu'à ce moment-là, elle avait pris la décision de ne plus faire la demande d'assurance-invalidité. Ne parlant pas et n'écrivant pas couramment le français, elle était accompagnée par une amie qui lui avait expliqué qu'il n'était pas utile de faire cette demande. Au vu de sa compréhension, elle lui avait fait confiance et avait retiré sa requête. C'était en parlant avec son assistante sociale du CAS de Carouge qu'elle s'était aperçue que sa demande d'assurance-invalidité était importante pour sa situation. C'était donc avec l'aide de cette dernière qu'elle rédigeait son recours. Sa situation était la suivante. En septembre 2018, elle avait été victime d'une chute qui lui avait causé divers problèmes de santé, notamment des douleurs aux jambes, aux bras et au dos. Il lui arrivait parfois de ne plus sentir son bras droit. Lorsqu'elle marchait, elle boitait constamment. Depuis qu'elle ne travaillait plus et depuis son accident, elle avait essayé de trouver du travail. Elle avait récemment fait des journées d'essai dans un restaurant, mais elle n'avait pas été engagée en raison de ses problèmes physiques. Ces derniers l'empêchaient de travailler dans ses domaines de compétence, soit en tant que masseuse ou dans la cuisine. Pour cette

raison, elle souhaitait désormais maintenir sa demande de rente d'assurance-invalidité.

18. Le 23 mai 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours. La demande de prestations du 27 février 2019 avait bien été instruite par lui et la décision du 11 avril 2019 constituait un refus de prestations et non la constatation du fait que la demande aurait été retirée. Les éléments apportés par la recourante ne lui permettaient pas de faire une appréciation différente du cas.
19. Lors d'une audience du 20 novembre 2019, la recourante a déclaré à la chambre de céans : « Je ne suis pas au courant du fait que j'aurais fait recours contre une décision de l'OAI. Je me souviens que mon assistante sociale m'a expliqué que l'OAI ne voulait pas entrer en matière. Je pensais que je pourrais travailler. J'ai demandé un emploi un peu partout mais on m'a dit que j'étais trop vieille. J'ai travaillé avec ma sœur mais je me rendais si souvent aux toilettes que cela rendait le travail difficile. Je travaillais dans la cuisine, je coupais les légumes. Ma sœur a un restaurant. J'ai travaillé deux jours chez ma sœur, trois heures par jour. C'était la semaine passée. Ma sœur m'a dit d'aller me soigner avant de revenir car j'allais trop souvent aux toilettes. J'ai un problème de souffle coupé quand je monte l'escalier et à la marche. J'ai mal à l'épaule. Je ne peux pas soulever le bras droit. Parfois j'ai la tête qui tourne quand je me lève, mais pas souvent. J'ai eu une opération au genou droite. Ce n'est pas à 100%. C'est mieux depuis l'opération mais seulement de 60 à 70%. Mes problèmes urinaires datent d'une année environ. J'ai été voir mon médecin, le Dr C_____, qui m'a donné des médicaments. Il m'a dit que c'était normal pour une personne qui a dépassé l'âge de 60 ans. J'ai ce problème-là de manière régulière tous les jours. Quatre fois je dois me lever pendant la nuit. Quand j'étais chez ma sœur j'ai été 7 à 8 fois aux toilettes en trois heures de temps. Le médicament que je prends n'améliore pas la situation. Cela va mieux si je ne bois pas d'eau. Je vais alors moins de 7 à 8 fois aux toilettes en trois heures par exemple. Si je ne prends pas d'eau, mon cœur commence à palpiter. À cause de ma santé, je ne peux pas travailler à plus de 50%, à condition que je puisse travailler lentement. Ma sœur a refusé de m'engager à 50% vu l'essai que nous avons fait. J'ai divorcé il y a deux mois. J'ai été mariée pendant 13 ans. Mon ex-mari est ressortissant suisse. Je ne reçois pas d'argent de sa part depuis le divorce. Nous n'avons pas eu d'enfant. Je n'ai pas de logement fixe à l'heure actuel. J'habite chez des amis ou ma sœur. Je n'habite plus au boulevard I_____ 8 à Carouge. C'est l'adresse de mon ex-mari. J'ai eu la convocation car elle a été envoyée chez une amie. En fait j'ai eu ce courrier directement car je n'avais pas encore rendu les clés. Je vais les rendre la semaine prochaine. Je prends note qu'il est important d'aller chercher mon courrier régulièrement si je ne change pas d'adresse. Mon assistante sociale m'a conseillé de mettre mon adresse chez ma sœur. Je ne me souviens pas de son adresse. Je souhaite que mon courrier soit dorénavant adressé chez ma sœur dont je vous donne l'adresse. Je ne vois pas de médecin sur le plan psychique. Mon médecin de famille m'avait conseillé d'en voir un, mais je lui ai répondu que je ne voulais pas car je ne

parlais pas assez bien le français. Mon médecin a vu que j'avais pleuré et que je ne me sentais pas bien. Ma belle-mère m'avait aussi conseillé d'aller en voir un. Mon ex-mari s'appelle J_____ (nom dans la demande AI). Ma belle-fille peut m'aider en français. En fait c'est une amie de mon fils. J'ai eu un fils avant de vivre avec J_____. Il a 35 ans. J'ai eu un autre enfant mais qui est décédé. Je la vois rarement. Elle parle thaï et français. J'ai eu un avocat pour le divorce, Me K_____. Je ne l'ai pas contacté en vue de cette audience car je n'ai pas beaucoup d'argent et je ne peux pas le payer. Je prends note que parfois on peut être aidé par l'État pour payer un avocat. Je dois payer CHF 31.- par mois et je pense que c'est pour rembourser l'avocat. Ma sœur m'a donné un peu d'argent en échange de nettoyage et l'Hospice général m'en donne aussi tous les mois. Le travail pour ma sœur n'est pas régulier. Je peux faire le nettoyage lentement. Je confirme mon recours (...). Je me demande parfois si je suis folle car je me tape parfois la tête contre les murs. Parfois je me dis que j'ai envie de finir mes jours. Le médecin m'a prescrit des médicaments pour le cas où je ne me sens pas bien dans la tête. Avant je le prenais régulièrement. Si je le prends je m'endors. Ma sœur m'a dit de ne pas le prendre tout le temps. Le médecin m'a dit que c'est pour me soulager dans la tête. Ce n'est pas un somnifère. Ça fait plus qu'une année que je ne suis pas bien, depuis que j'ai commencé la procédure de divorce. Avant je n'avais pas de problème de tristesse ».

20. Le 2 décembre 2019, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une expertise au docteur L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et leur a imparti un délai au 16 décembre 2019 pour se prononcer sur une éventuelle récusation de l'expert et sur les questions libellées dans la mission d'expertise annexée.
21. Par écriture du 10 décembre 2019, l'OAI a indiqué n'avoir pas de remarque à faire quant au choix de l'expert et aux questions de la mission d'expertise.
22. La recourante n'a pas réagi au courrier du 2 décembre 2019.

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. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est, a priori, recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité.

-
4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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).
 5. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un 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.

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. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

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 malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet,

celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

Il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

Les indicateurs sont les suivants :

a. Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic.

b. Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers. Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation.

c. La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes.

Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.

d. Il convient ensuite d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées.

e. Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie.

f. Il s'agit, encore, de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

g. Il faut examiner en suite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculogique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée.

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective.

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

Ce diagnostic 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. Il 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).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base

d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. 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).

L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation

professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou

envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

9. 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). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment 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).
10. En l'espèce, au vu des conclusions contradictoires du SMR et du médecin traitant de la recourante, il se justifie d'ordonner une expertise psychiatrique de celle-ci. En effet, il apparaît, au vu de son audition, qu'elle pourrait souffrir de troubles psychiques quand bien même elle ne consulte pas de psychiatre, ce qui s'explique notamment par la barrière de la langue.

L'expertise sera confiée docteur L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

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

Statuant préparatoirement

- I. Ordonne une expertise médicale et la confie au docteur L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
- II. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
 - A. Prendre connaissance du dossier de la cause.
 - B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la recourante.
 - C. Examiner la recourante.
 - D. Établir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes :
 1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
 2. Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ?
 3. Quelles sont les plaintes de la recourante ?
 4. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre la recourante d'un point de vue psychiatrique (diagnostics selon les critères d'un système de classification reconnu, en distinguant ceux avec et ceux sans effet sur la capacité de travail et la date de leur apparition et leur évolution) ?
 5. Le degré de gravité minimum inhérent à chaque diagnostic est-il rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogénèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic ?
 6.
 - a. Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les difficultés décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation, des plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?
 - b. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
 7.
 - a. Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?
 - b. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?
 - c. La recourante a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?

- d. Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la recourante à reconnaître sa maladie ?
 - e. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?
 - f. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ?
 - 8.
 - a. Existe-t-il un trouble de la personnalité ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ? Quelles sont leurs répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Motiver votre position.
 - b. De quelles ressources mobilisables la recourante dispose-t-elle ?
 - c. Quel est le contexte social ? la recourante peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?
 - d. Dans l'ensemble, le comportement de la recourante vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ?
 - 9.
 - a. L'état de santé de la recourante s'est-il amélioré/aggravé ? Si oui, depuis quelle date ?
 - b. Cette amélioration/aggravation a-t-elle une influence sur la capacité de travail de la recourante ? Si oui, de quelle manière ?
 - 10. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.
 - 11.
 - a. Êtes-vous d'accord avec le rapport du Dr C_____ des 10 avril 2018 et 4 janvier 2019 ?
 - b. Êtes-vous d'accord avec le rapport établi le Dr G_____, du SMR, le 28 février 2019 ?
 - 12. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?
 - 13. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
- III. Invite l'expert à rendre son rapport en trois exemplaires dans les meilleurs délais.
- IV. Réserve le sort des frais.
- V. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le