RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2066/2019 **ATAS/92/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 9 février 2021

6ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à THÔNEX, représentée par APAS-Assoc. permanence défense des patients et assurés	recourante

contre

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

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1960, originaire du Cambodge, mariée en 2004, est entrée en Suisse le 5 juin 2003.

2. Elle a exercé une activité d'aide de cuisine à 100 % pour le café-restaurant B_____ SA (ci-après : l'employeur) depuis le 1er octobre 2005 jusqu'au 1er septembre 2015, date à laquelle le contrat de travail a été résilié en raison d'une restructuration (questionnaire pour l'employeur du 17 septembre 2015).

3. Dès le 7 décembre 2014, l'assurée a été en incapacité de travail totale, attestée par le Docteur C_____, FMH médecine générale, acupuncture.

4. L'assurée a bénéficié d'indemnité journalière maladie de la Nationale Suisse SA dès le 9 décembre 2014.

5. Les 12 janvier, 3 mars, 10 avril, 24 avril et 2 juin 2015, le docteur D_____, chef de clinique au service de neurochirurgie des HUG, a indiqué que l'assurée présentait une uncarthrose C7-D1 à prédominance droite comblant les canaux radiculaires en conflit C8 droit en plus des dégénérescences discales étagées s'étendant de C5 à D1 ; une irritation de la racine C8 à droite, des troubles multi-étagés dégénératifs de la colonne cervicale et une lordose physiologique au niveau cervical et un tunnel carpien bilatéral. Des protrusions médianes et paramédianes droites en C5-C6 et C6-C7 pouvaient jouer un rôle dans les douleurs (cervicobrachialgies droites) ; il n'y avait pas d'indication opératoire (il y avait un risque d'instabilité post-chirurgicale).

6. Le 18 août 2015, le Dr E_____, FMH rhumatologie, a mentionné un syndrome radiculaire déficitaire C7 droit et une incapacité de travail totale.

7. Le 28 août 2015, l'assurée a déposé une demande de prestation d'invalidité pour hernies discale et arthrose.

8. Le 22 septembre 2015, le Dr E_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'un syndrome radiculaire déficitaire C8 droit, entrainant des sévères douleurs et une incapacité de travail totale dès le 1er janvier 2015. L'assurée ne pouvait porter des charges de plus de 5 kg et devait garder les bras le long du corps.

9. Un rapport d'évaluation intervention précoce, suite à un entretien avec l'assurée du 29 octobre 2015, a notamment conclu à la mise en place de cours de français, l'assurée ne comprenant pas cette langue.

10. Le 10 novembre 2015, le Dr E_____ a confirmé une incapacité de travail totale, en mentionnant que l'évolution, grâce à des infiltrations, était lentement favorable.

11. Le 13 novembre 2015, le Dr C_____ a rempli un rapport médical AI mentionnant une incapacité de travail totale dans toute activité depuis décembre 2014, en raison de douleurs et fourmillement au niveau cervical et des deux membres supérieurs ; l'évolution était légèrement favorable mais les symptômes cliniques paraissaient stationnaires ; la maladie n'était pas opérable.

12. Par communication du 18 novembre 2015, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a pris en charge un cours de français en faveur de l'assurée, lequel a été arrêté le 1er décembre 2015 en raison du niveau trop élevé de la classe et de douleurs dorsales.

13. Par communication du 11 janvier 2016, l'OAI a pris en charge des cours de français à l'Union Ouvrière Genevoise (UOG), du 11 janvier au 19 avril 2016.

14. Le 27 janvier 2016, le Dr E_____ a indiqué un état de santé stationnaire et une incapacité de travail totale.

15. Le 26 février 2016, le Dr E_____ a indiqué qu'une IRM cervicale du 19 décembre 2016 confirmait son rapport du 27 janvier 2016.

16. Le 24 mars 2016, le docteur F_____, FMH ORL-allergologie et immunologie clinique, a relevé que l'assurée signalait des épisodes de vertige et a proposé un traitement.

17. Le 25 avril 2016, l'UOG a attesté que l'assuré avait atteint le niveau de français fin débutant (oral) et milieu débutant (écrit).

18. Le 27 avril 2016, la doctoresse G_____, du SMR, a estimé que des renseignements complémentaires devaient être demandés aux Drs E_____ et D_____.

19. Le 28 avril 2016, le Dr E_____ a indiqué que l'état de santé était stationnaire, avec une incapacité de travail totale dans toute activité depuis décembre 2014, en raison de l'impossibilité d'utiliser son membre supérieur droit.

20. Le 9 mai 2016, le service de neurochirurgie des HUG a mentionné que l'assurée n'était pas revenue depuis le 29 mai 2015.

21. Par communication du 6 juin 2016, l'OAI a pris en charge un cours de français du 25 mai au 21 juillet 2016.

22. Le 16 juin 2016, la Dresse G_____ a estimé que la capacité de travail était nulle depuis le 7 décembre 2012 (sic) dans l'activité habituelle et de 100 % depuis le 2 juin 2015 (rapport du Dr D_____), dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

23. Le 22 juillet 2016, l'UOG a attesté que l'assurée avait acquis, en français, le niveau débutant à l'oral et à l'écrit.

24. Le 1er septembre 2016, l'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assurée à 2,6 % [revenu sans invalidité de CHF 47'157.- et revenu d'invalide de CHF 45'946.- selon l'ESS 2014, TA 1, homme (sic), total, niveau 1, pour 41,7 heures de travail par semaine, indexé à l'année 2015, avec une déduction de 15 %].

25. Par communication du 8 décembre 2016, l'OAI a pris en charge une orientation professionnelle aux établissements publics pour l'intégration (EPI) du 12 décembre 2016 au 19 mars 2017.

26. Du 19 janvier au 25 janvier 2017 et du 16 au 23 février 2017, le Dr C_____ a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assurée.

27. Le 9 février 2017, le docteur H_____, FMH endocrinologie/diabétologie, médecine générale, a posé le diagnostic d'éventuelle thyroïdite.

28. Le rapport des EPI du 21 mars 2017 conclut à l'impossibilité pour l'assurée d'évoluer dans le milieu économique ordinaire ; le rendement en atelier était de 40 à 50 % sur un taux d'activité de 100 %, soit insuffisant pour être placée en entreprise. Le faible rendement était expliqué par plusieurs raisons : lenteur dans l'exécution des tâches même très simples (actuellement inexploitable dans l'économie ordinaire) ; tonus général faible à moyen ; manque de polyvalence ; alternance des positions très fréquente (toutes les vingt à trente minutes) ; douleurs aux dos et à la nuque (très démonstrative lors du stage), l'assurée était toujours en recherche d'une position antalgique ; capacités d'apprentissage très limitées ; ne s'exprime pas en français et ne comprend que quelques mots ; a de la peine à assimiler les consignes, même sur des tâches très simples.

29. Le 21 juin 2017, la doctoresse I_____, du SMR, a rendu un avis médical selon lequel il n'y avait pas d'éléments médicaux permettant de comprendre la baisse de rendement de l'assurée (aux EPI) ; une instruction médicale complémentaire était nécessaire.

30. Le 31 juillet 2017, le Dr D_____ a indiqué qu'il avait vu l'assurée en mai 2015 pour la dernière fois et exclu une indication chirurgicale.

31. Le 11 août 2017, la réadaptation de l'OAI a clôt le mandat, aucune cible professionnelle n'avait été trouvée.

32. Le 23 août 2017, le Dr E_____ a indiqué que l'assurée présentait un syndrome radiculaire déficitaire C8 droit sur une uncarthrose comprimant C8 droit, totalement incapacitant depuis le 1er janvier 2015 ; elle ne pouvait utiliser son membre supérieur droit, ni faire les gestes habituels dans son métier ; il n'y avait pas d'amélioration.

33. Le 31 août 2017, le Dr C_____ a attesté d'une capacité de travail nulle dans toute activité depuis décembre 2014, en raison de douleurs très aigues, absence de concentration, vertige et angoisse.

34. Le 17 avril 2018, une IRM cervicale a conclu à cervicuncarthrose en C5-C6, C6-C7 et C7-D1. Protrusion discale C3-C4 appuyant sur la partie antérieure du fourreau dural sans répercussion sur les racines. Protrusion discale ostéophytaire C5-C6 localisation médiane et paramédiane droite avec uncarthrose rétrécissant les canaux radiculaires en conflit avec la racine C6 surtout droite. Protrusion discale ostéophytaire C6-C7 avec uncarthrose rétrécissant les canaux radiculaires à prédominance gauche. Uncartrhose C7-D1 rétrécissant les canaux radiculaires en conflit avec les racines C8 dans leur trajet foraminal. Infiltrations lipidiques bordant les plateaux vertébraux de C5-C6. Le cordon médullaire était compressé en C5-C6

et C6-C7 mais de signal homogène sans signe de myélomalacie. Pas d'évolution significative par rapport à l'examen antérieur du 19 février 2016.

35. Le 17 mai 2018, la Dresse I_____ a rendu un avis médical selon lequel, depuis le dernier avis du SMR, aucun élément médical ne mettait en évidence une aggravation, mais tous les médecins traitant attestaient d'une incapacité de travail totale, de sorte qu'une expertise rhumatologique était nécessaire.

36. Le 4 décembre 2018, l'assurée a été examinée par le docteur J_____, FMH rhumatologie, du SMR, lequel a rendu un rapport le 23 janvier 2019. L'assurée se plaignait de douleur à la nuque et à la région lombaire, de dorsalgies, de douleurs aux mains, poignets, fourmillement, lâchage d'objets, ainsi que de réveils nocturnes. L'expert a posé le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de rachialgies diffuses avec surtout cervicobrachialgies bilatérales à prédominance droit dans le cadre de trouble statiques du rachis et de trouble dégénératif du rachis cervical (M 54) et syndrome rotulien (M 22.2). On notait chez cette assurée certaines incohérences entre des douleurs qu'elle cotait à 10/10 et une relative bonne tolérance à la position assise. Par ailleurs, l'assurée confectionnait des repas simples et passait l'aspirateur. Elle était capable de prendre les transports publics sans problèmes. Elle avait été également capable de partir au Cambodge en avion, en janvier 2018, bien qu'elle ait demandé l'assistance à l'aéroport. Elle gardait également une certaine intégration sociale. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : nécessité de pouvoir alterner deux à trois fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas de mouvements répétés de flexion-extension de la nuque, pas de rotations rapides de la tête, pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque. L'incapacité de travail était restée complète dans l'activité d'aide de cuisine depuis décembre 2014. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail était complète depuis décembre 2014, contrairement aux avis des Drs E_____ et C_____, qui attestaient d'une incapacité de travail totale même dans une activité adaptée, sans vraiment en donner les raisons. Cependant, on était frappé, chez cette assurée, par une thymie triste, l'assurée signalant par ailleurs des idées noires et des idées suicidaires. Dans ce contexte, il n'était pas exclu que l'assurée présente un état dépressif et l'administration devait décider de la suite qu'elle voulait donner à l'instruction, du point de vue psychologique et psychiatrique.

37. Le 25 janvier 2019, l'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assurée à 0 % (revenu sans invalidité de CHF 47'158.- et revenu d'invalide de CHF 48'649.- selon l'ESS 2014, femme, total, niveau 1, pour 41,7h de travail par semaine, à 100 % avec une déduction de 10 %).

38. Par projet de décision du 19 février 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestation, au motif que le degré d'invalidité de l'assurée était nul.

39. Le 3 mars 2019, la Dresse I_____ a rendu un rapport final subséquent selon lequel la tristesse relevée par l'expert n'était pas un motif pour organiser une instruction médicale psychiatrique.

40. Par décision du 23 avril 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

41. Le 28 mai 2019, l'assurée, représentée par l'APAS Association permanence défense des patients et assurés, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de cette décision, en concluant à son annulation, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1er février 2016 et, subsidiairement, à l'octroi de mesures de réadaptation.

42. Le 7 août 2019, l'assurée a complété son recours. Contrairement à l'avis de l'expert J_____, le fait qu'elle gardait une certaine intégration sociale et qu'elle effectuait des tâches ménagères n'était pas pertinent pour constater une capacité de travail ; en outre, les EPI avaient exclu une capacité de travail dans le monde économique ordinaire, conclusion qui était concordante avec celle des médecins traitants. Une instruction médicale psychiatrique était nécessaire, son médecin traitant généraliste ayant fait état d'angoisse, d'insomnies et de troubles fréquents de l'humeur et l'expert du SMR ayant supposé un état dépressif ; l'absence de suivi psychiatrique s'expliquait par sa difficulté à échanger avec un professionnel de la santé. Enfin, un abattement de 25 % devait être appliqué sur le revenu d'invalide, au vu de ses limitations fonctionnelles, son âge, son manque d'expérience professionnelle, sa nationalité étrangère et sa mauvaise intégration sociale.

    Elle a joint un rapport du Dr E_____ du 7 août 2019 selon lequel, après lecture du rapport du SMR, un avis psychiatrique était nécessaire ; le taux de capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée était purement théorique, ce d'autant que les EPI concluaient à une activité au maximum de 50 % ; l'assurée ne pouvait utiliser ses deux bras que pendant vingt à trente minutes ; la pathologie faisait que l'utilisation répétée du membre supérieur droit n'était possible que pendant un court laps de temps ; enfin il maintenait une incapacité de travail totale de l'assurée dans toute activité.

43. Le 3 septembre 2019, la doctoresse K_____, du SMR, a relevé que le Dr E_____ n'avait jamais fait mention d'aucune atteinte psychiatrique concernant sa patiente dans tous ses rapports versés au dossier. Par ailleurs, l'assurée n'avait pas de suivi spécialisé ni de traitement psychotrope.

    Dans ce contexte, le SMR n'avait pas suffisamment d'indice pour investiguer l'aspect psychiatrique. Pour le surplus, le Dr E_____ n'amenait pas d'élément supplémentaire. Comme il le soulignait lui-même, le Dr J_____ se prononçait d'un point de vue médico-théorique. Le comportement démonstratif de l'assurée n'était pas le reflet de ses réelles capacités et comme l'indiquait le Dr J_____, une nouvelle mesure de réadaptation risquait d'échouer. Par ailleurs, les plaintes thymiques étaient essentiellement liées aux douleurs qui étaient stables sous un traitement de Dafalgan 500mg 3x/j. Il n'y avait pas d'antalgiques de palier 2 ni 3

prescrit, ce qui parlait contre d'importantes douleurs. Les conclusions précédentes du SMR restaient valables

44. Le 3 septembre 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours, en relevant que tant l'expert que les EPI avaient relevé une attitude démonstrative de l'assurée ; par ailleurs, pour conclure que l'assurée n'était pas apte à rejoindre le circuit économique normal, les EPI incluaient des facteurs étrangers à l'invalidité, tels que le manque de maîtrise du français et le niveau scolaire peu développé. Or l'assurance invalidité n'avait pas à répondre d'une diminution de la capacité de gain due essentiellement à d'autre facteurs qu'à une atteinte à la santé, tels que le manque de formation professionnelle, de difficultés d'ordre linguistique ou l'âge. En outre, si une atteinte à la santé psychique pouvait entraîner une invalidité, la reconnaissance de l'existence d'une telle atteinte supposait 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. En l'absence de suivi ou de traitement psychothérapeutique, on ne pouvait conclure à la présence d'une atteinte à la santé psychique. Finalement, l'abattement de 10 % était conforme au droit. Hormis les limitations fonctionnelles, n'empêchant pas la mise en valeur de la capacité de travail de l'assurée, il n'y avait pas d'autre élément déterminant dans ce contexte qui aurait justifié une réduction supérieure au taux retenu. Pour le reste il s'est rallié à l'avis du SMR du 3 septembre 2019.

45. Le 3 octobre 2019, l'assurée a répliqué, en relevant que l'expert avait souligné qu'il n'existait pas une importante exagération des symptômes ou démonstrativité ; la démonstrativité évoquée devait en outre être relativisée compte tenu du fait qu'elle ne s'exprimait pas en français. Il existait un substrat organique aux douleurs ; quant à l'aspect psychique, le Dr C_____ avait fait état d'une symptomatologie, de sorte qu'une instruction médicale psychiatrique devait être effectuée.

46. Le 24 février 2020, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

    La recourante a déclaré : « J'ai beaucoup de douleurs au dos, à la nuque, aux bras et à l'épaule. J'ai des douleurs en permanence qui varient en intensité. J'ai aussi des douleurs la nuit qui me réveillent si je n'ai plus l'effet des médicaments. Je prends tous les jours du Dafalgan trois à quatre fois par jour. Je vois une fois par mois le Dr E_____. Je vois aussi le Dr C_____ lorsque j'ai des douleurs pour faire des injections. Je vais également me faire masser. Je vois également un psychiatre depuis quelques mois. Je vous remets ce jour un rapport de celui-ci.

    J'ai suivi un stage aux EPI durant trois mois qui ne s'est pas bien passé car dès que je me suis assise j'ai eu des douleurs aux mains avec blocage des doigts. J'ai envie de travailler mais dès que j'utilise mes mains, celles-ci se bloquent. Je considère donc que je ne peux pas travailler.

    L'examen avec le Dr J_____ s'est bien passé. Celui-ci a constaté mes douleurs mais je n'ai pas compris tout le rapport. Lorsque j'ai consulté l'hôpital en 2015 une

opération a été envisagée mais les chances d'amélioration étaient limitées à 30 % avec un risque de paralysie. Les médecins m'ont plutôt déconseillé d'y procéder. Etant donné qu'une opération n'était pas envisagée ils ont transféré mon dossier au Dr E_____. De retour du SMR, le Dr J_____ m'avait conseillé de voir un psychiatre et j'ai suivi son conseil même si je ne comprends pas totalement cette démarche. Je me suis adressée à l'APAS qui m'a envoyé un courrier que j'ai montré au Dr C_____ lequel a organisé un rendez-vous avec mon psychiatre. La thérapie psychiatrique est en français mais une amie m'accompagne pour traduire. J'ai deux amies disponibles et l'une ou l'autre m'accompagne toujours pour mes rendez-vous chez le psychiatre. Au moment où on m'a conseillé d'aller consulter un psychiatre je n'ai pas compris pourquoi car j'estimais ne pas avoir de problème dans la tête. Maintenant je trouve que la thérapie est utile, en particulier pour me calmer lorsque j'ai beaucoup de colère et d'énervement liés à la douleur. Je suis sous traitement de Séroquel que je prends tous les soirs.

Le matin je fais quelques exercices, je range un peu et pour oublier les douleurs je sors de la maison, je fais un tour à la Migros, parfois j'achète une petite chose de maximum 1 kg. Mon mari qui est à la retraite me fais à manger, ensuite je me couche, surtout en raison des douleurs à la nuque. J'utilise une couverture chauffante. Si mes douleurs sont supportables je fais à manger le soir, parfois je mange seulement un morceau de gâteau. Ce sont surtout les douleurs qui me dérangent ».

L'avocat de la recourante a déclaré : « Ma cliente présente des troubles psychiatriques attesté par le Dr L_____, qui n'ont pas été investigués par l'OAI. Nous persistons dans notre demande d'expertise judiciaire. Après la lecture de l'expertise et des rapports du Dr E_____ nous avons conseillé à la recourante de débuter un suivi psychiatrique. Je suis étonnée de la position de l'OAI qui n'investigue pas l'aspect psychiatrique malgré l'avis de son propre médecin conseil qui a suggéré l'existence d'une problématique psychiatrique. L'affection psychiatrique était présente avant la décision litigieuse ce que le Dr E_____ pourra vraisemblablement confirmer. Il pourrait être entendu notamment sur ce point ».

La représentante de l'intimé a déclaré : « L'OAI n'entend pas instruire l'aspect psychiatrique dès lors que le rapport du psychiatre et le début de son suivi son postérieurs à la décision litigieuse et que la recourante a débuté son suivi sur conseil de l'APAS, étant relevé que même si le Dr J_____ lui avait conseillé un tel suivi elle ne l'a pas débuté immédiatement après l'examen du SMR. Si la recourante estime que son état psychiatrique constitue une aggravation de son état de santé elle pourra toujours déposer une nouvelle demande. Je relève que le traitement est limité à un anxiolytique et qu'il n'y a pas d'antidépresseur prescrit. Le Dr E_____ aurait pu, s'il l'avait constaté, évoquer les éventuels troubles psychiatriques de la recourante ce qu'il aurait pu faire avant son dernier rapport, lequel a été remis dans le cadre de la procédure et sur demande de la recourante. Connaissant les compétences du Dr E_____ il l'aurait fait sans aucun doute. Nous demandons que

l'APAS produise le courrier qu'elle a envoyé à la recourante l'invitant à débuter un suivi psychiatrique ».

L'avocat de la recourante a déclaré : « Je vais regarder dans le dossier et vous transmettrait éventuellement ce courrier ».

47. La recourante a communiqué un rapport du 17 février 2020 du docteur L_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, attestant d'un état dépressif permanent d'intensité moyenne, avec des symptômes marquant une souffrance cliniquement significative et une altération du fonctionnement social, familial et professionnel. L'assurée présentait aussi un syndrome douloureux somatoforme persistant ou chronique et une fibromyalgie ainsi que de la fatigue ; elle vivait dans une souffrance permanente ; sa capacité de travail était nulle en raison de la souffrance psychique, physique et des troubles cognitifs associés.

48. Le 18 janvier 2021, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une expertise judicaire aux Docteurs M_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, N_____, médecin associé unité spinale du CHUV, O_____, chef de clinique unité spinale du CHUV, et P_____, médecin assistants unité spinale du CHUV et leur a imparti un délai pour se prononcer sur une éventuelle récusation des experts ainsi que sur les questions libellées dans la mission d'expertise.

49. Les parties n'ont pas fait d'observations.

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. À 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 en temps utile, le recours est recevable.

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

5. 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, mentale ou psychique 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 1er janvier 2008).

   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. 28 al. 2 LAI).

6. a. 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 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).

   La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanent d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

   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).

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, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée.

b. La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, 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 standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes :

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),
  A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

     Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

  B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2)

  C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)
- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Le « complexe personnalité » englobe à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : autoperception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

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).

c. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une telle évaluation si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va notamment ainsi lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable, ou si l'existence d'une incapacité de travail est niée de manière convaincante par un avis médical spécialisé ayant pleine valeur probante et que les éventuels avis contraires peuvent être écartés faute de pouvoir se voir conférer une telle valeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7).

Si mention des indicateurs :

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

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 (consid. 4.3.1.1).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou 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. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

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 somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Il s'agit 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 (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

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 (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici 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 utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il 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 (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique 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 (consid. 4.4.2).

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 (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

7. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid 3.3; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

   En particulier, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 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. 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.

c. 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).

d. 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).

e. 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. Étant 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).

f. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet 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; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

g. 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

h. 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).

i. 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).

9. En l'occurrence, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise du Dr J_____, du 23 janvier 2019, pour retenir que la recourante était totalement incapable d'exercer son ancienne activité, mais totalement capable d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis décembre 2014.

   Ce constat est toutefois remis en cause par le spécialiste traitant de la recourant, le Dr E_____, lequel estime que les limitations fonctionnelles de la recourante, qui pouvait utiliser son bras droit que pendant un court laps de temps, entrainait une incapacité de travail totale dans toute activité (rapport du Dr E_____ du 7 août 2019).

   Par ailleurs, l'aspect psychiatrique n'a, à tort, pas été investigué par l'intimé alors même que le Dr J_____ avait conclu à un possible état dépressif, la recourante ayant signalé des idées suicidaires (rapport du Dr J_____ du 23 janvier 2019) ; un trouble psychiatrique a ensuite été confirmé par le psychiatre traitant de la recourante, lequel a constaté la présence d'un état dépressif moyen, d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, d'une fibromyalgie et de la fatigue.

   Dans ces conditions, une instruction complémentaire rhumatologique et psychiatrique se justifie. L'expertise bidisciplinaire sera confiée aux Docteurs M_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, à Chêne-Bourg, et pour le volet rhumatologique aux docteurs N_____, médecin associé unité spinale du CHUV, O_____, chef de clinique unité spinale du CHUV, et P_____, médecin assistants unité spinale du CHUV, Unité de chirurgie spinale, à Lausanne.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Préparatoirement :

I. Ordonne une expertise médicale psychiatrique et rhumatologique. La confie, pour le volet psychiatrique, au docteurs M_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, à Chêne-Bourg, et pour le volet rhumatologique aux docteurs N_____, médecin associé unité spinale du CHUV, O_____, chef de clinique unité spinale du CHUV, et P_____, médecin assistants unité spinale du CHUV, Unité de chirurgie spinale, à Lausanne.

Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

DU POINT DE VUE RHUMATOLOGIQUE :

A. Prendre connaissance du dossier de la cause.

B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, notamment le Dr E_____.

C. Examiner la personne expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens.

D. Etablir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. **Anamnèse détaillée**

2. **Plaintes de la personne expertisée**

3. **Status et constatations objectives**

4. **Diagnostics**

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.2 Dates d'apparition

5**. Limitations fonctionnelles**

5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

5.1.2 Dates d'apparition

6. **Capacité de travail**

6.1 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?

6.1.1 Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

6.1.2 Si oui, quelle activité lucrative ? A quel taux ? Depuis quelle date ?

6.1.3 En particulier, la personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis décembre 2014 ?

6.2 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?

6.3 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

7. **Traitement**

7.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

7.2 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée

8. **Appréciation des avis médicaux au dossier**

8.1 Etes-vous d'accord avec le rapport du Dr J_____ du 23 janvier 2019 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de la personne expertisée de 100 % dans une activité adaptée dès décembre 2014 ? Si non, pourquoi ?

8.2 Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr E_____ du 7 août 2019 ? En particulier avec l'estimation d'une capacité de travail nulle de la personne expertisée dans toute activité ? Si non, pourquoi ?

8.3 Etes-vous d'accord avec le rapport du SMR du 3 septembre 2019 ? Si non, pourquoi ?

9. Quel est le **pronostic** ?

10. Des **mesures de réadaptation professionnelle** sont-elles envisageables ?

11. Faire toutes autres **observations ou suggestions** utiles.

DU POINT DE VUE PSYCHIATRIQUE :

A. Prendre connaissance du dossier de la cause.

B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, en particulier le Dr L_____.

C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.

D. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. Anamnèse détaillée.

2. Plaintes de la personne expertisée.

3. Status clinique et constatations objectives.

4. **Diagnostics (selon un système de classification reconnu)**

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.2 Dates d'apparition

5**. Limitations fonctionnelles**

5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

5.1.2 Date d'apparition

5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Cohérence

6.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

6.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

6.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de la personne expertisée ?

6.4 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?

7. **Personnalité**

7.1 Est-ce que la personne expertisée présente un trouble de la personnalité et si oui, lequel, selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence ?

7.2 Est-ce que la personne expertisée présente des traits de personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ?

7.3 Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ?

7.4 La personne expertisée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ?

8. **Ressources**

8.1 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur le plan somatique ?

8.2 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur les plans :

a) psychique

b) mental

c) social

d) familial

9. **Capacité de travail**

9.1 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles psychiatriques ?

9.1.1 Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Depuis quelle date ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

9.1.2 Si oui, quelle activité lucrative ? A quel taux ? Depuis quelle date ?

9.2 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?

9.3 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis décembre 2014 ?

9.5 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

10. **Traitement**

10.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

10.2 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

11. **Appréciation des avis médicaux au dossier**

11.1 Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr L_____ du 17 février 2020 ? En particulier avec limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail nulle de la personne expertisée dans toute activité ? Si non, pourquoi ?

12. Quel est le **pronostic** ?

13. Des **mesures de réadaptation professionnelle** sont-elles envisageables ?

14. Faire toutes autres **observations ou suggestions** utiles.

II. **<u>Appréciation consensuelle du cas.</u>**

Compte tenu des limitations fonctionnelles rhumatologiques et psychiatriques, la personne expertisée dispose-t-elle d'une capacité de travail ? Si oui, à quel taux et depuis quelle date ? Si non ou dans une mesure restreinte quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

III. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière — La présidente

Julia BARRY — Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le