RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2422/2020 **ATAS/959/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 septembre 2021

2ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Samir DJAZIRI — recourante

contre

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

Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Maria Esther SPEDALIERO, Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

A. a. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1969, mariée, mère de deux enfants nés en 1991 et 1995, titulaire d'un CFC d'assistante dentaire, a exercé cette profession en faveur de deux employeurs, soit en étant sous contrat avec le docteur B_____(du 1er septembre 1988 jusqu'à la retraite de celui-ci le 30 juin 2016) et en partie simultanément avec le docteur C_____(à partir du 1er septembre 2002). En arrêt de travail complet pour une durée indéterminée à partir du 7 avril 2016, elle a déposé, le 5 juillet 2016, une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en indiquant qu'elle présentait huit hernies discales avec paralysie de la jambe gauche et du bras droit depuis 2006.

b. Par communications des 3 novembre 2016 et 31 janvier 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait en charge, au titre des mesures d'intervention précoce, un cours de bureautique, respectivement une formation de secrétariat médical, en vue de lui permettre l'exercice d'une activité adaptée.

c. Le 15 novembre 2016, l'assurée a repris une activité adaptée à son état de santé (tâches principalement administratives, pas de travail « au fauteuil ») au sein du cabinet du Dr C_____(devenu, dans l'intervalle, Cabinet Dentaire D_____ Sàrl) à raison de huit heures par semaine.

d. Le 15 décembre 2017, l'OAI a octroyé à l'assurée une mesure d'orientation professionnelle par le biais d'un stage pratique en entreprise en qualité de secrétaire médicale.

e. Considérant que le droit à la prolongation des mesures professionnelles était rempli, l'OAI a informé l'assurée, par communication du 21 mars 2018, qu'il prenait en charge les coûts d'un reclassement professionnel sous la forme d'un stage pratique en entreprise en qualité de secrétaire médicale. Le déroulement de cette mesure était prévu du 1er mars au 30 septembre 2018.

f. Dans un rapport du 27 août 2018, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a informé l'OAI que sa patiente présentait une nette aggravation de sa situation médicale, caractérisée par une gonarthrose gauche sévère invalidante, engendrant une décompensation diffuse des troubles du rachis, avec cervicalgies sévères et lombosciatique gauche réfractaire au traitement conservateur administré. Les orthopédistes des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) souhaitaient retarder le plus possible la pose d'une prothèse du genou en raison du jeune âge de l'assurée et du risque opératoire dû à son obésité sévère. La Dresse E_____ avait mis en place un programme de physiothérapie intensive de même qu'une prise en charge nutritionnelle et inscrit l'assurée sur une liste de patients dans l'attente d'un bypass gastrique. En l'état, elle ne pouvait ni rester assise de façon prolongée ni rester debout. Une activité professionnelle semblait donc impossible. Une amélioration de la situation, si elle

devait intervenir, n'aurait pas lieu avant un à deux ans. Dans ce contexte, la Dresse E_____ était d'avis qu'il était raisonnable de demander une rente complète.

g. Dans un rapport du 4 septembre 2018, le docteur F_____, médecin adjoint auprès du service de rhumatologie des HUG, a fait état d'exacerbations douloureuses (cervicalgies, lombalgies, gonalgies) depuis juillet 2018, dans un contexte de modification du poste professionnel. Alors qu'elle était en cours de reconversion comme secrétaire médicale, il était prévu qu'elle fasse une année en gynécologie aux HUG. Le premier trimestre s'était bien déroulé, essentiellement grâce à un poste très bien adapté où elle pouvait fréquemment changer de position. Par opposition, le poste qui lui avait été attribué à partir de juin 2018 ne répondait plus à ces critères et elle devait rester assise toute la demi-journée. Dans ces conditions, l'exacerbation de rachialgies était rapidement survenue, surtout au niveau de la nuque (irradiation en céphalées), ce qui avait conduit à un arrêt de travail. Par la suite, au mois d'août 2018, un stage aux Établissements publics pour l'intégration (EPI), effectué dans les mêmes conditions (travail à l'ordinateur sans changement régulier de position) avait rapidement montré qu'elle était extrêmement limitée à la fin de la deuxième heure. En revanche, on observait que si l'assurée avait la possibilité d'avoir un poste de travail varié, les symptômes étaient calmes et bien tolérés.

h. En réponse à une question du docteur G_____, médecin du Service médical régional AI (ci-après : SMR), sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée, la Dresse E_____ a informé ce dernier le 6 octobre 2018 qu'après discussion avec le Dr F_____, l'assurée pouvait travailler à 50 % dans une activité sans port de charges, lui permettant de se mobiliser régulièrement à volonté.

i. Par avis du 24 octobre 2018, le docteur H_____, médecin du SMR, a estimé « [qu']au vu des limitations fonctionnelles extrêmement restreintes », une telle limitation de la capacité de travail à 50 % était difficile à comprendre. En conséquence, il lui paraissait nécessaire de diligenter une expertise rhumatologique.

j. Le 4 décembre 2018, l'OAI a invité l'assurée à se rendre le 11 janvier 2019 auprès du docteur I_____, rhumatologue FMH, afin de se soumettre à une expertise.

k. Le 6 février 2019, le Dr I_____ a rendu son rapport et conclu à une capacité de travail nulle de l'assurée dans son activité habituelle d'aide-dentaire. En revanche, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéo-articulaire – comme une activité de secrétaire médicale –, lui permettant de varier à sa guise les positions assise et debout, sa capacité de travail était de 70 % depuis le 7 avril 2016.

l. Le 8 avril 2019, l'assurée a fait savoir à l'OAI qu'elle avait subi, le 31 janvier 2019, une intervention visant à la pose d'une prothèse totale du genou gauche. La suite avait été ponctuée par d'autres problèmes de santé (diverticulite, perforation de l'intestin grêle, péritonite) qui lui avaient valu deux opérations entre la

mi-février et le 6 avril 2019. Elle se trouvait actuellement aux soins intensifs et son moral était à zéro. Avec tous ces problèmes, elle n'arrivait même plus à trouver un moment pour des rendez-vous avec sa psychiatre.

m. Par avis du 19 juillet 2019, le SMR a fait siennes les conclusions de l'expertise du Dr I_____.

n. Le 2 août 2019, l'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assurée pour la part active (70 %, le solde de 30 % étant représenté par la sphère ménagère). La perte de gain subie était de 42.08 %, de sorte que le degré d'invalidité dans la sphère active était de 29.45 %.

o. Par avis du 8 août 2019, le docteur J_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a estimé, après avoir examiné l'assurée, qu'eu égard aux douleurs persistantes qui étaient exacerbées par des positions statiques prolongées, une activité de secrétaire médicale, exercée à 50 %, paraissait être un maximum en l'état, en plus de l'activité que l'assurée exerçait déjà à 20 % au service du Dr C_____, où elle avait la possibilité de changer fréquemment de position, tout en étant exemptée de ports de charges importantes.

p. Le 20 avril 2020, un rapport d'enquête économique sur le ménage a conclu à un empêchement pondéré sans exigibilité de 27.3 % et de 0 % avec exigibilité de 27.3 % de la part de l'époux, seule personne à partager le ménage avec elle.

B. a. Par projet de décision du 21 avril 2020, l'OAI a refusé toute rente d'invalidité à l'assurée. Il ressortait de l'instruction médicale que dans son activité habituelle, la capacité de travail de l'assurée était nulle depuis le 7 avril 2016 (début du délai d'attente d'un an) mais que dans une activité adaptée à son état de santé, cette capacité était de 70 % dès cette date. En tenant compte de la perte économique de 42 % subie dans la sphère professionnelle (70 %), respectivement de l'empêchement de 0 % subi dans la sphère des travaux habituels (30 %), le taux d'invalidité s'élevait à 29 % et n'ouvrait pas droit à une rente. Enfin, d'autres mesures professionnelles n'étaient pas indiquées dans son cas.

b. Le 6 mai 2020, l'assurée a contesté ce projet en faisant valoir que depuis une année, elle n'avait jamais pu reprendre son travail correctement à 70 %. Suite à une opération du genou gauche qui s'était bien déroulée le 31 janvier 2019, elle avait subi deux opérations aux intestins les 15 février et 6 avril 2019. Une nouvelle intervention à ce niveau, initialement prévue le 25 mars 2020, avait dû être reportée au vu de la crise sanitaire. Depuis janvier 2020, elle avait essayé de reprendre son activité professionnelle en faisant de l'intérim à 50 %, en plus de son activité à 20 % qu'elle avait conservée auprès du Dr C_____. Ce faisant, son état de santé s'était dégradé de plus en plus (douleurs au dos et à la nuque) et, depuis le 13 mars 2020, elle était en arrêt maladie. Étant donné qu'elle devait voir prochainement son rhumatologue, le Dr J_____, de même que son gastroentérologue, elle a invité l'OAI à ne pas « clôturer [son] dossier » et à patienter jusqu'à réception de

nouveaux rapports médicaux qui permettraient, selon elle, de revoir le taux d'invalidité retenu dans le projet.

c. Par courrier du 11 mai 2020, l'OAI a invité l'assurée à lui adresser, d'ici le 12 juin 2020, tout complément médical susceptible de modifier le point de vue du SMR. Passé ce délai et sans aucun nouvel élément, une décision lui serait notifiée.

d. Le 12 mai 2020, le Dr J_____ a rédigé un nouvel avis rhumatologique selon lequel l'assurée serait davantage à l'aise dans une activité permettant de changer fréquemment de position plutôt que devant un clavier d'ordinateur à taper des rapports médicaux sans changer régulièrement de position, ce qui avait eu tendance, selon l'anamnèse fournie par l'assurée (activité de secrétaire médicale exercée à 50 % en position statique prolongée de janvier à mars 2020), à exacerber ses douleurs au cours de ces derniers mois.

e. Le 12 mai 2020, le docteur K_____, chef de clinique auprès du service de chirurgie viscérale des HUG, a constaté que l'assurée présentait une éventration médiane à contenu digestif pour laquelle une cure chirurgicale avec interposition d'un filet rétromusculaire s'imposait. Étant donné qu'elle présentait également une adénomyose, il envisageait une hystérectomie et salpingectomie bilatérale dans le même temps opératoire.

f. Par pli du 1er juin 2020, l'assurée a indiqué qu'au vu de l'évolution récente de son état de santé, elle ne pouvait pratiquement plus travailler, même à un taux de 20 %. Depuis le 15 octobre 2019, elle était inscrite au chômage pour la recherche d'un emploi de secrétaire médicale. Cependant, compte tenu de ses problèmes de nuque, elle constatait que cette profession n'était plus adaptée.

g. Par avis du 15 juin 2020, le SMR a estimé que le rapport du 12 mai 2020 du Dr J_____ ne notait pas d'éléments d'aggravation au plan somatique et que pour le reste, les antécédents digestifs connus, de même que l'intervention de chirurgie viscérale à venir, ne justifiaient pas une incapacité de travail durable, de sorte que les conclusions du rapport final du 19 juillet 2019 restaient valables.

h. Par décision du 16 juin 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision du 21 avril 2020 en indiquant que les éléments produits dans le cadre de la procédure d'audition ne contenaient aucun nouvel élément médical permettant de s'éloigner des précédentes conclusions.

C. a. Le 17 août 2020, l'assurée, représentée par un avocat, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) d'un recours contre cette décision, en sollicitant une expertise pluridisciplinaire et en concluant à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente entière dès le mois de juin 2016. Par ordre de priorité décroissant, elle a également conclu à l'octroi d'une demi-rente dès le mois de juin 2016, respectivement à l'octroi d'un reclassement, le tout sous suite de frais et dépens. À l'appui de ses conclusions, elle a notamment produit une nouvelle série de rapports médicaux établis à partir du

26 juin 2020, attestant, selon elle, d'une aggravation de son état de santé et du caractère lacunaire de l'instruction.

b. Par réponse du 29 septembre 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours en renvoyant à un avis SMR du même jour, aux termes duquel les rapports annexés au recours n'amenaient pas de nouvel élément médical objectif permettant de modifier la situation.

c. Le 11 janvier 2021, la recourante a répliqué et produit un nouveau rapport médical daté du 7 janvier 2021, faisant état d'une capacité de travail maximale de 50 % dans le contexte d'une dégradation de son état de santé.

d. Le 14 janvier 2021, la chambre de céans a transmis, pour information, une copie de cette écriture à l'intimé.

e. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ – E 2 05), 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.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82a LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA – E 5 10]).

   Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité.

6. 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 1er janvier 2008).

7. 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; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

   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).

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. À 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).

c. 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/aa. 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).

c/bb. 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).

c/cc. 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).

9. a. 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). Il n'existe 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).

   b. 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 quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

10. a. Faisant sien l'avis rendu le 19 juillet 2019 par le SMR, lui-même fondé sur le rapport d'expertise rhumatologique du 6 février 2019 du Dr I_____, l'intimé considère que la recourante présente, depuis le 7 avril 2016, une capacité de travail nulle dans son activité habituelle mais qui s'élève à 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès cette date, et qu'en tenant compte de la perte de gain subie de 42.08 % dans la sphère active (représentant 70 %) et de

l'empêchement avec exigibilité de 0 % dans la sphère des travaux habituels (30 %), le taux d'invalidité, s'élevant à 29 %, n'ouvre pas droit à une rente.

Pour sa part, la recourante conteste la capacité de travail exigible de 70 % retenue par l'expert I_____ dans une activité adaptée, motif pris que les Drs F_____ et E_____ retiennent une exigibilité de 50 %. Elle ajoute que de son point de vue, les pathologies supplémentaires – trouble dépressif, troubles intestinaux et atteintes des nerfs médians aux carpes – justifieraient que sa capacité de travail soit fixée à 20 % dans une activité adaptée, limite équivalant à son taux d'activité actuel en tant que secrétaire médicale du Dr C_____.

b. À titre liminaire, il importe de rappeler que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5, arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

En tenant compte des principes évoqués, qui régissent l'état de fait déterminant dans le temps, les éléments principaux suivants ressortent du dossier.

c/aa. Dans son rapport d'expertise du 6 février 2019, le Dr I_____ a retenu les diagnostics suivants :

- Avec répercussion durable sur la capacité de travail :
  - ◦ Diagnostic principal :
    - • Cervicalgies et lombocruralgies postérieures gauche chroniques persistantes, dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis, de troubles dégénératifs du rachis lombaire, avec séquelles de maladie de Scheuermann et hernies discales D7-C8 et D10-D11 (M54).
  - ◦ Diagnostics associés :
    - • Importante gonarthrose gauche avec ostéochondromatose (M17) ;
    - • Gonarthrose droite à prédominance fémorotibiale interne (M17).
- Sans répercussion sur la capacité de travail :
  - ◦ Migraines avec aura ;
  - ◦ Obésité morbide avec BMI à 54 ;
  - ◦ Syndrome du tunnel carpien bilatéral anamnestique prédominant à droite ;
  - ◦ Status variqueux des membres inférieurs avec œdèmes périmalléolaires ;

◦ Syndrome d'apnées du sommeil appareillé.

Au vu de ces diagnostics, déterminés en fonction des status général, neurologique et ostéoarticulaire, de même qu'à la lumière du dossier radiologique, l'expert a retenu des limitations fonctionnelles en rapport avec le rachis (nécessité de pouvoir alterner trois à quatre fois par heure la position assise et la position debout, de préférence à volonté, pas de soulèvement ni de port régulier de charges d'un poids excédant 5kg, 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 rotation rapide de la tête, pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque) et des membres inférieurs (pas de génuflexion répétée, pas de franchissement d'escabeau ou d'échelle, pas de franchissement régulier d'escaliers, surtout en descente, pas de marche en terrain irrégulier, pas de travail en hauteur, pas de position debout ni de marche de plus de dix minutes).

Interrogé sur le degré d'incapacité de travail et le rendement de la recourante depuis qu'elle présentait une incapacité de travail d'au moins 20 %, l'expert a indiqué qu'au vu des limitations fonctionnelles précitées, qui n'étaient pas respectées dans l'activité d'assistante dentaire, la capacité de travail était nulle dans cette activité, ce depuis le 7 avril 2016. En revanche, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéo-articulaire, comme une activité de secrétaire médicale, lui permettant d'alterner à sa guise la position assise et la position debout – possibilité qui lui était offerte chez le Dr C_____, dentiste auprès duquel elle n'exerçait actuellement qu'à 20 % –, la capacité de travail était de 70 % car il n'y avait aucune raison biomécanique à attester une incapacité de travail supérieure, pour autant qu'elle puisse changer de position régulièrement, voire à sa guise. En lien avec cette appréciation, l'expert a relevé certaines incohérences de la part de l'intéressée : en effet, malgré des douleurs cotées à 5/10 sous médication et à 7-8/10 sans médicament, notamment le matin, elle était tout de même capable, selon ses dires, de passer un peu la serpillière et l'aspirateur, de faire la lessive et des commissions légères. En revanche, si le stage en gynécologie aux HUG n'avait pas été concluant, cela s'expliquait, selon l'expert, par le fait qu'elle avait dû rester assise sans pouvoir se lever régulièrement.

Par ailleurs, le Dr I_____ a indiqué qu'après l'opération du genou gauche, qui était prévue le 31 janvier 2019 et impliquait la pose d'une prothèse totale du genou, les douleurs du genou gauche s'amélioreraient (à tout le moins au terme d'une période d'incapacité de travail d'au moins six mois, probablement totale dans toute activité) mais qu'à long terme, les troubles dégénératifs du rachis s'aggraveraient. Enfin, le Dr I_____ a mentionné que la recourante lui avait dit ne pas avoir bon moral, être parfois triste et pleurer parfois. Elle n'avait cependant pas d'idées noires ou suicidaires et était suivie régulièrement, deux fois par semaine, sur délégation du docteur L_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, par une psychologue, Madame M_____. Dans cette situation, le Dr I_____ laissait le soin à

l'administration de décider de la suite qu'elle voulait donner à l'instruction du point de vue psychologique et psychiatrique.

Il sied de relever que le Dr I_____ a rendu un rapport basé sur une documentation complète, une anamnèse familiale, scolaire, professionnelle et médicale, que ce document relate les plaintes de la recourante et qu'il comporte un status général, neurologique et ostéoarticulaire fouillé. En outre, il pose des diagnostics précis, ses constatations sont claires et ses conclusions bien motivées. Son rapport doit dès lors se voir reconnaître valeur probante. On rappellera par ailleurs qu'à défaut d'indices concrets permettant de douter du bien-fondé des conclusions convaincantes d'une telle expertise, le juge ne saurait s'en écarter.

c/bb. Dans un premier moyen, la recourante fait valoir que les Drs E_____ et F_____ considèrent que dans une activité adaptée à son état de santé, sa capacité de travail est de 50 %.

Dans son courrier du 6 octobre 2018, la Dresse E_____ indique certes qu'après en avoir discuté avec le Dr F_____, la capacité de travail de l'intéressée ne dépasserait pas 50 % dans une activité sans port de charges, lui permettant de se mobiliser régulièrement à volonté. Force est toutefois de constater qu'une telle appréciation s'avère très succincte et que même en l'examinant à la lumière des éléments cliniques plus détaillés mentionnés en amont par ces mêmes médecins dans leurs rapports des 27 août, respectivement 4 septembre 2018, il n'en ressort aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré par l'expert. Il s'ensuit que l'appréciation divergente de la capacité de travail par ces médecins n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions du Dr I_____. Dans ce contexte, on relèvera en outre que dans un rapport du 8 août 2019, qui faisait suite à un examen clinique de la recourante, le Dr J_____ se rallie en substance à l'avis de l'expert rhumatologue puisqu'il retient qu'au regard des douleurs persistantes exacerbées par les positions statiques prolongées, l'exercice de l'activité de secrétaire médicale à 50 % paraît un maximum en l'état, « en plus des 20 % que [la recourante] effectue déjà au sein d'un cabinet de médecine dentaire où elle a la possibilité de changer fréquemment de position et d'être exemptée de ports de charges importantes ». Enfin, dans son rapport du 12 mai 2020, le Dr J_____ indique certes que la période durant laquelle la recourante a cumulé les activités d'assistante dentaire à 20 % et de secrétaire médicale à 50 % a été mal vécue par cette dernière, mais il attribue l'exacerbation des douleurs alléguées par sa patiente à l'arrêt du traitement de physiothérapie (pour cause de restrictions sanitaires liées à la COVID-19) et aux positions statiques prolongées dans l'activité de secrétaire médicale, sans toutefois avancer d'autres explications. Dans ces circonstances, il convient d'admettre, avec le SMR (avis du 15 juin 2020), que le Dr J_____ ne note pas d'éléments d'aggravation au plan somatique.

c/cc. Dans un deuxième moyen, la recourante soutient que les « pathologies supplémentaires », soit notamment des troubles intestinaux, des atteintes des nerfs médians aux carpes ainsi qu'un trouble dépressif réduiraient encore sa capacité de

travail et que faute d'avoir été prises en compte par l'intimé pour déterminer la capacité de travail exigible dans une activité adaptée, ces atteintes devraient être préalablement instruites au moyen d'une expertise médicale pluridisciplinaire.

S'agissant tout d'abord des troubles intestinaux, la chambre de céans constate qu'il ressort du dossier que la recourante a présenté une péritonite sur une diverticulite, opérée le 16 février 2019 puis le 5 avril 2019 pour résection grêle segmentaire, et qu'elle a séjourné derechef au service de chirurgie viscérale du 19 au 23 décembre 2019 pour y subir une nouvelle intervention (reséction de 30 cm de l'intestin grêle). Cependant, il ressort tant de la lettre de sortie rédigée le 4 mai 2019 par le Dr K_____ (arrêt de travail du 5 avril au 19 mai 2019 à 100 %) que de celle établie le 13 janvier 2020 par ce même chirurgien (arrêt de travail du 19 décembre 2019 au 5 janvier 2020 à 100 %) qu'il n'en a résulté aucune incapacité de travail de longue durée.

Quant à l'atteinte des nerfs médians aux carpes, il apparaît que le Dr I_____ en tient compte au titre des diagnostics sans effet sur la capacité de travail et que cette appréciation n'est pas démentie par le docteur N_____, spécialiste FMH en neurologie. Dans un rapport du 26 juin 2020, ce dernier précise en effet qu'une ENMG (électroneuromyographie) confirme la présence d'un syndrome du tunnel carpien déjà retrouvé en 2017, époque à laquelle la recourante avait bénéficié d'une infiltration au niveau du tunnel carpien droit, « qui l'avait bien soulagée ». Dans son rapport du 26 juin 2020, le Dr N_____ propose certes une prise en charge chirurgicale bilatérale du syndrome du tunnel carpien, qu'il qualifie « d'intensité modérée à sévère », sans pour autant se prononcer sur son éventuel caractère incapacitant. Quoi qu'il en soit, pour ce qui concerne l'état de fait au moment de la décision querellée, aucun élément du dossier ne permet de s'écarter de l'avis du 29 septembre 2020 de la doctoresse O_____, médecin du SMR, aux termes duquel le syndrome du tunnel carpien bilatéral déjà connu ne consiste pas une atteinte à la santé durable, en ce sens qu'une intervention chirurgicale – telle que proposée par le Dr N_____ – entraîne habituellement une incapacité de travail limitée à une mois, en l'absence de complication majeure.

Au stade de la réplique, la recourante a encore produit, le 11 janvier 2021, un rapport du 7 janvier 2021 de la doctoresse P_____, spécialiste FMH en médecine interne, dans lequel cette médecin consigne les observations qu'elle a faites au cours du suivi ambulatoire effectué de juin 2020 à janvier 2021. En tant que la Dresse P_____ évoque notamment une péjoration des douleurs cervico-brachiales bilatérales ainsi que des suites opératoires du tunnel carpien gauche, lui permettant de retenir « actuellement » une capacité de travail de 50 % au plus, elle se réfère toutefois clairement à une évolution postérieure à la décision litigieuse. Aussi n'y a-t-il pas lieu d'en tenir compte.

c/dd. S'agissant enfin du trouble dépressif allégué, la chambre de céans constate qu'hormis une mention faite par le Dr I_____ dans son expertise, concernant un suivi par une psychologue sur délégation d'un psychiatre, le dossier ne comporte

aucun rapport médical posant un diagnostic psychiatrique incapacitant (ou non) à la date de la décision entreprise. Cette situation s'est modifiée par la suite dans la mesure où la recourante a joint à son recours un rapport du 9 juillet 2020, cosigné par le Dr L_____ et Mme M_____, aux termes duquel la recourante « traverse actuellement une période douloureuse » et présente un trouble dépressif dû à une autre affection médicale avec caractéristiques mixtes qui rendrait « inenvisageable un retour dans le monde professionnel ».

Nonobstant l'usage de l'adverbe « actuellement », on ne saurait considérer que les observations consignées dans le rapport du Dr L_____ et de Mme M_____ se rapportent à une situation qui ne serait apparue qu'après la décision attaquée puisque dans son rapport d'expertise du 6 février 2019, le Dr I_____ faisait déjà mention d'un suivi psychiatrique/psychologique par ces mêmes praticiens.

Dans son avis du 29 septembre 2020, la Dresse O_____ indique que la description faite par le Dr L_____ et Mme M_____ correspond à des troubles anxieux et réactionnels aux problèmes somatiques, avec composante dépressive et anxieuse. Elle ajoute que la prise en charge en psychothérapie était déjà connue du SMR et qu'elle n'a « pas d'arguments pour une aggravation de son état de santé […] ».

En raisonnant de la sorte, la Dresse O_____, qui ne dispose d'aucune spécialisation en psychiatrie (cf. le registre des professions médicales – MedReg), part apparemment du principe, sans mesure d'instruction aucune, qu'il n'existait déjà pas d'atteinte à la santé psychique incapacitante lorsque la thérapie de la recourante a commencé. Ce faisant, elle ne prend pas en compte l'ATF 143 V 409, dans lequel le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. À cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant des atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2). 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).

En l'absence même de tout questionnaire adressé en amont au Dr L_____ et au vu des éléments rapportés le 9 juillet 2020 par ce dernier et Mme M_____, qui

requièrent des éclaircissements, il apparaît que la cause n'a pas été instruite au plan psychiatrique, de sorte que la chambre de céans ne peut pas se prononcer en toute connaissance de cause sur la capacité de travail exigible de la recourante dans une activité adaptée.

11. Au vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis, la décision du 16 juin 2020 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire sur le plan psychiatrique et nouvelle décision. En parallèle, il incombera également à l'intimé de suivre l'évolution sur le plan somatique pour la période postérieure à la décision litigieuse.

12. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).

    L'intimé sera condamné au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

*****

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision du 16 juin 2020 et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à payer une indemnité de CHF 1'500.- à la recourante, valant participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président
Sylvie CARDINAUX	Blaise PAGAN

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