



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3434/2019

ATAS/309/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 avril 2020

6^{ème} Chambre

En la cause

FONDATION COLLECTIVE TRIANON, sise Rue de Nant 8,
GENÈVE

recourante

contre

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

intimés

et

Madame A_____, domiciliée à GENEVE

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

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1967, mariée, mère de trois enfants, originaire du Brésil, titulaire d'une autorisation de séjour B, a travaillé comme employée de maison jusqu'au 29 février 2012.
2. Elle s'est inscrite à l'Office régional de placement (ci-après : l'ORP) et un délai cadre a été ouvert du 1^{er} mars 2012 au 28 février 2014.
3. Le 5 août 2013, la doctoresse B_____ a attesté d'une capacité de travail de l'assurée dans une activité légère, plutôt assise, sans port de charge, sans mouvements brusques ; elle a été en incapacité de travail totale du 6 juin 2012 au 11 août 2013.
4. Le 18 novembre 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité en raison d'une maladie du système ostéo-articulaire.
5. Le 29 novembre 2013, la Dresse B_____ a attesté de lombalgies chroniques de type mécanique depuis juin 2012.
6. Le 6 janvier 2014, Madame C_____ a attesté, au titre de représentante du dernier employeur de l'assurée, que celle-ci avait travaillé jusqu'au 29 février 2011 pour un salaire brut mensuel de CHF 3'000.-, à raison de quatre heures par jour.
7. Par communication du 20 février 2014, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a pris en charge une mesure d'intervention précoce, soit les frais d'un stage en horlogerie aux Etablissements publics pour l'intégration (ci-après : les EPI) du 24 février au 7 mars 2014.
8. Le 31 mars 2014, les EPI ont proposé une intégration de l'assurée dans une entreprise horlogère, avec l'aide de l'OAI.
9. Le 11 avril 2014, la Dresse B_____ a attesté d'un état de santé stationnaire.
10. Par communication du 12 mai 2014, l'OAI a pris en charge une formation de l'assurée en assemblage mouvement auprès de l'atelier d'horlogerie des EPI, du 12 mai au 6 juillet et du 11 août au 8 septembre 2014.
11. Par communication du 11 août 2014, l'OAI a pris en charge un module « prendre soin de soi, deuil et résilience » d'une durée de dix heures.
12. Par communication du 28 août 2014, l'OAI a pris en charge une orientation professionnelle aux EPI du 1^{er} septembre 2014 au 30 novembre 2014.
13. Par communication du 17 novembre 2014, l'OAI a octroyé à l'assurée un placement à l'essai chez D_____ SA (Ci-après : D_____ SA) du 1^{er} décembre 2014 au 29 mai 2015.
14. L'assurée a été engagée chez D_____ SA dès le 1^{er} juin 2015, au bénéfice d'une AIT, comme opératrice en horlogerie. Elle a été affiliée selon la loi sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 (LPP - RS 831.40) auprès de la Fondation collective TRIANON (ci-après : la recourante).

15. Par décision du 9 mars 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations, en constatant que le degré d'invalidité de l'assurée était nul.
16. Le 8 décembre 2017, l'assurée a écrit à l'OAI qu'elle était en arrêt de travail dès le 8 novembre 2017 et qu'elle avait débuté un suivi psychiatrique auprès du docteur E_____, FMH psychiatrie et psychothérapie.
17. Par projet de décision du 7 février 2018, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.
18. Le 8 mars 2018, l'assurée a communiqué un certificat médical du Dr E_____ du 27 février 2018, attestant d'un suivi régulier depuis le 23 novembre 2017. Il mentionne : « au moment de ma prise en charge, Madame A_____ présente un épisode dépressif sévère (code CIM 10 F 32.2). Cet épisode se manifeste notamment par une fatigue importante, un manque d'énergie et de plaisir, un sentiment de culpabilité. Madame A_____ était en incapacité de travail de 100 % depuis le 8 novembre 2017 par son médecin de famille, Dr F_____, 1218 Grand Saconnex. Par la suite, j'ai prescrit à la patiente une reprise de son activité professionnelle à 20 % dès le 23 janvier 2018, puis à 30 % dès le 12 février 2018. Une nouvelle augmentation n'est pas envisageable actuellement. Par ailleurs, un syndrome d'apnées du sommeil a été diagnostiqué le 2 février 2018 et son traitement va débiter prochainement (Dr. G_____, 1227 Carouge). Dans ces circonstances, le pronostic de la capacité de travail est réservé, le risque d'une stagnation, voire d'une péjoration, est élevé. J'estime donc que le soutien de l'assurance-invalidité pourrait être utile en cas d'évolution insatisfaisante ».
19. Le 15 décembre 2017, le Dr E_____ a rempli un rapport médical de la Generali assurance générale SA (ci-après : la Generali), assureur perte de gain maladie de D_____ SA. L'assurée présentait une affection neuropsychiatrique ; elle se plaignait de fatigue, découragement, peur, « mémoire » ; il constatait des pleurs, angoisse, tension, manque de plaisir, troubles du sommeil et de l'appétit ; il rattachait la décompensation psychique actuelle, entre autres, à une pression professionnelle avec des traits de harcèlement ; elle suivait des séances régulières de psychothérapie et était sous antidépresseur ; l'incapacité de travail était totale, dans toute activité ; une atmosphère professionnelle difficile jouait un rôle défavorable dans le traitement de la guérison.
20. Le 12 avril 2018, le Dr H_____, du Service médical régional AI (ci-après : le SMR) a estimé qu'une instruction médicale était nécessaire auprès des Drs E_____ et F_____, FMH cardiologie et médecine interne générale.
21. Le 16 mai 2018, le Dr E_____ a répondu à un questionnaire (composé de 18 questions) de l'OAI. L'assurée présentait un épisode dépressif sévère : au statu, on trouvait un ralentissement psychomoteur et un ton monocorde, une tension musculaire douloureuse avec notamment dyspnée et céphalées de tension, un sentiment de découragement (« perdue »), de culpabilité, d'humiliation, une tristesse importante, des angoisses, des idées noires avec des idéations suicidaires

(par noyade), des pleurs, manque complet de plaisir, trouble de la concentration et de la mémoire, trouble du sommeil avec apnées. Elle avait des difficultés à gérer les tâches quotidiennes, et ne pouvait accomplir des tâches seules et avoir des loisirs. Elle était soutenue par sa famille. Elle était en incapacité de travail totale du 8 novembre 2017 au 22 janvier 2018, de 80 % du 23 janvier au 11 février 2018, de 70 % du 12 février au 30 avril 2018 et totale dès le 1^{er} mai 2018. Son contrat de travail prenait fin le 31 mai 2018. Les limitations fonctionnelles étaient une fatigue invalidante, une tristesse sévère avec pleurs, sentiment de découragement important, manque d'énergie et de motivation. Elle présentait une péjoration de son état psychique suite à l'annonce de son licenciement, le 6 mars 2018, licenciement dans un contexte de traits de harcèlement de la part des collègues de travail ainsi que le manque de soutien professionnel de la part de la hiérarchie et des ressources humaines de l'entreprise. Cette péjoration se développait malgré l'introduction progressive du traitement des apnées du sommeil, traitement pas encore optimal actuellement. En conséquence de cette péjoration, un traitement antidépresseur avait été introduit dès le 2 mai. Depuis le 23 novembre 2017, il y avait une amélioration lentement favorable avec des fluctuations jusqu'à l'annonce du licenciement, le 6 mars 2018, date à laquelle s'était développé une lente péjoration.

22. Le 30 mai 2018, le Dr F_____ a rempli un rapport médical AI, attestant d'une absence de plaintes sur le plan somatique, et d'un suivi psychiatrique par le Dr E_____. Il n'y avait pas de limitation fonctionnelle.
23. Le 28 juin 2018, l'assurée a informé l'OAI qu'elle avait été licenciée pour le 28 juin 2018.
24. Le 29 août 2018, le Dr E_____ a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assurée en septembre 2018.
25. Le 4 septembre 2018, l'assurée a requis de l'OAI des nouvelles de son dossier en indiquant qu'elle n'allait pas bien d'une manière générale et qu'il s'agissait d'une période très difficile en raison de son état de santé.
26. Le 3 décembre 2018, le Dr H_____ du SMR a rendu un rapport final subséquent selon lequel l'assurée présentait un épisode dépressif sévère entraînant une incapacité de travail totale du 8 novembre 2017 au 22 janvier 2018, de 80 % du 23 janvier au 11 février 2018, de 70 % du 12 février au 30 avril 2018 et totale dès le 1^{er} mai 2018, dans toute activité. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : grande fragilité psychologique. Difficulté à gérer le stress. Troubles cognitifs avec diminution des capacités de concentration et d'attention. Effondrement des ressources d'adaptation. Difficulté à gérer ses tâches administratives. Difficulté de gestion des émotions. Difficulté dans ses déplacements. Difficulté d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne. Une révision était proposée dans deux ans.
27. Le 23 janvier 2018, le Dr F_____ a rempli un rapport médical initial pour la Generali, attestant d'une incapacité de travail totale dès le 8 novembre 2017 et de

80 % dès le 23 janvier 2018. Depuis le 23 novembre 2017, l'assurée était suivie (burn out) par le Dr E_____.

28. Le 12 mars 2018, l'assurée a eu un entretien avec un gestionnaire de la Generali. Selon le rapport d'entretien, l'état de santé de l'assurée s'était dégradé suite à l'ambiance de travail chez D_____ SA ; elle ne parvenait pas à s'intégrer dans l'équipe et elle subissait des critiques de ses collègues à ce sujet. Elle avait développé petit à petit beaucoup de stress réactionnel jusqu'à une violente crise de tension et son arrêt de travail en raison d'une accumulation de facteurs. Son médecin l'arrêtait pour une dépression réactionnelle aux conditions de travail du type burnout. Actuellement, elle se sentait très faible et elle restait très angoissée et irritable. Elle avait perdu sa motivation, elle souffrait d'aboulie et d'asthénie. Elle aimait son travail et aimerait pouvoir retrouver un poste similaire dans un autre contexte professionnel. Elle fera une inscription au chômage dès que son état de santé le lui permettra car elle avait été licenciée pour le 31 mai 2018. Elle présentait les limitations fonctionnelles suivantes : troubles du sommeil, angoisses, perte de repère, aboulie, asthénie, tension nerveuse, irritabilité, anxiété, pleurs fréquents. Le pronostic était lentement favorable. Une reprise progressive était en cours avec un 30 % actuellement. Cette dernière devrait se poursuivre et éventuellement permettre d'envisager une reprise totale avec son inscription chômage au 1^{er} juin 2018.
29. Le 24 avril 2018, le Dr E_____ a rempli un rapport médical de la Generali mentionnant une affection neuropsychiatrique récurrente, un constat de ralentissement psychomoteur, un sentiment d'impuissance et de dévalorisation, des idéations suicidaires, un manque de plaisir sévère, en lien avec des traits de harcèlement professionnel depuis 2014 constatés par l'OAI ; l'incapacité de travail était actuellement de 70 %.
30. Le 13 juin 2018, le Dr E_____ a indiqué une évolution fluctuante et invalidante et une incapacité de travail totale dès le 1^{er} mai 2018 au long terme.
31. Le 7 septembre 2018, l'assurée a écrit à la Generali que, vu son état de santé, elle était incapable de s'inscrire au chômage et d'effectuer des recherches d'emploi en ce moment.
32. Le 5 septembre 2018, le Dr E_____ a certifié que l'assurée souffrait d'un grave trouble de l'humeur récurrente, avait présenté une péjoration de son état psychique au printemps 2018 au point qu'elle avait dû interrompre la tentative de reprise du travail (commencée le 23 janvier 2018) dès le 30 avril 2018. Dès le 1^{er} mai 2018, elle était donc en incapacité complète de travail. L'assurée, qui était en arrêt de travail dès le 8 novembre 2017, présentait un risque très élevé d'incapacité de travail complète et définitive.
33. Le 19 septembre 2018, le Dr E_____ a certifié qu'actuellement l'assurée présentait notamment une fatigue invalidante avec un trouble du sommeil, un manque d'énergie, de plaisir et de motivation important, des tensions musculaires avec des douleurs, des pensées noires avec des idéations suicidaires, un sentiment

de culpabilité, un trouble de la concentration et de la mémoire. Le test Hamilton D du 19 septembre 2018 donnait 25 points, pour une norme inférieure à 12. Pour l'instant, l'état de l'assurée était stationnaire, malgré les traitements en cours : psychopharmacologique, physio thérapeutique, psychothérapeutique et pneumologique. En raison de cette affection, l'assurée était donc en arrêt complet de travail depuis le 1^{er} mai 2018.

34. Le 20 septembre 2018, l'assurée a écrit à la Generali que vu son incapacité de travail totale, l'Office régional de placement (ORP) ne pouvait pas ouvrir de dossier. Elle souhaitait que l'assurance comprenne à quel point sa maladie était terrible et angoissante, l'empêchant d'avancer dans la vie et de reprendre une activité professionnelle.
35. Le 30 janvier 2019, le Dr E_____ a rempli un rapport médical intermédiaire de la Generali, attestant d'un état stationnaire, avec fluctuations invalidantes ; le pronostic était défavorable et l'incapacité complète définitive.
36. Par projet d'acceptation de rente du 6 mai 2019, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2018 (l'incapacité de travail étant de 100 % dès le 8 novembre 2017, de 80 % dès le 23 janvier 2018, de 70 % dès le 12 février 2018 et de 100 % dès le 1^{er} mai 2018 dans toute activité).
37. Par décision du 26 juillet 2019, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2018. Une copie de cette décision a été notifiée à la recourante.
38. Le 13 septembre 2019, la recourante a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 26 juillet 2019, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il complète le dossier et rende une nouvelle décision. Elle fait valoir que le Dr H_____, du SMR, n'étant pas psychiatre FMH, ne pouvait se déterminer valablement sur l'éventuel droit aux prestations de l'assurée ; par ailleurs, le SMR avait pris en compte un unique rapport médical du psychiatre traitant du 16 mai 2018, ce qui était insuffisant ; il existait une contradiction entre ce rapport et celui du Dr F_____ du 30 mai 2018, lequel ne retenait aucune limitation fonctionnelle. De plus, le rapport du Dr E_____ ne fournissait aucun renseignement sur la fréquence thérapeutique, sur les éventuels effets de la thérapie sur l'assurée ainsi que sur une éventuelle prise de médicaments par cette dernière. A ce stade, il convenait donc de se demander comment le SMR avait pu arriver à la conclusion que l'assurée était « suivie et traitée lege artis » dans son rapport final subséquent. De plus, tout semblait indiquer que l'assurée souffrait d'une dépression réactionnelle due à l'ambiance sur son lieu de travail et à son licenciement. Or, une dépression réactionnelle n'était pas toujours invalidante étant donné qu'elle n'était pas forcément durable. De plus, le fait d'avoir une capacité de travail résiduelle comprise entre 20 % et 30 % ne semblait pas être compatible avec le caractère « sévère » de la dépression. De ce fait, le SMR aurait dû requérir des

renseignements complémentaires permettant de confirmer ou pas l'éventuel caractère invalidant de l'épisode dépressif sévère. Il était démontré que les pièces médicales sur lesquelles le SMR s'était basé pour confirmer le droit à la rente de l'assurée n'étaient pas suffisantes. Le SMR aurait dû ordonner une expertise psychiatrique ou, tout du moins, requérir des renseignements complémentaires auprès des différents médecins traitants. Une expertise psychiatrique appliquant la procédure probatoire structurée pour se déterminer sur l'éventuel caractère invalidant de l'épisode dépressif sévère décrit par le psychiatre traitant de l'assurée aurait dû être ordonnée afin de pouvoir se déterminer valablement sur l'éventuel droit aux prestations.

39. Le 7 octobre 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours, en se basant sur l'avis du SMR du 3 décembre 2018 et en relevant que le seul fait qu'un médecin du SMR ne possède pas le titre de spécialiste en psychiatrie ne suffisait pas pour ne pas tenir compte de son avis. Indépendamment de sa spécialisation, un médecin était capable d'apprécier la cohérence du rapport d'un confrère.
40. Le 17 octobre 2019, l'assurée a communiqué un certificat médical du Dr E_____ du 16 octobre 2019, selon lequel il suivait celle-ci depuis le 23 novembre 2017 pour une affection neuropsychiatrique sévère, partiellement résistante aux traitements, et invalidante. En raison de cette affection, il estimait que l'assurée était dans l'incapacité complète de travailler depuis le 1^{er} mai 2018 jusqu'à aujourd'hui et probablement de manière définitive. Il estimait que les complications administratives et juridiques en lien avec le recours déposé par la recourante le 13 septembre 2019 péjoraient clairement depuis fin septembre le status psychiatrique ainsi que le pronostic vital de l'assurée.
41. Le 20 novembre 2019, la recourante a répliqué en relevant que le certificat médical du Dr E_____, psychiatre traitant de l'assurée, du 16 octobre 2019 n'apportait aucun élément nouveau au regard des développements contenus dans le recours du 13 septembre 2019, notamment le fait que l'OAI avait uniquement statué sur la base des rapports médicaux des médecins traitants malgré les contradictions contenues dans le dossier AI, le fait qu'il y avait lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par un médecin traitant et le fait que la procédure probatoire structurée n'avait pas été appliquée en l'espèce.
42. 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. 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).
4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
5. Le litige porte sur le bien-fondé de l'octroi par l'intimé à l'assurée d'une rente entière 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, 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 1^{er} 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 et art. 28a al. 1 LAI).

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

8. Selon l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit.
9. 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 émanant 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).

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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).

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.

- b. 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).

c. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). Le médecin doit être en mesure de dresser un tableau complet du cas sur la base des documents disponibles (arrêts du Tribunal fédéral 8C 889/2008 du 9 avril 2009 et 8C 325/2009 du 23 septembre 2009) ; un rapport sur dossier peut être pleinement probant si de nouveaux examens ne sont pas nécessaires et qu'il s'agit de l'évaluation d'un fait médical établi (arrêt du Tribunal fédéral I 1094/2006 du 14 novembre 2007). En outre, l'octroi de prestations sur la base des informations des médecins traitants n'est pratiquement jamais possible en cas de litige ; il faut pour l'évaluation d'une demande de prestations, un rapport médical concluant (arrêt du Tribunal fédéral 9C 304/2019 du 27 août 2019 ; ATF 135 V 465). Une expertise menée par un médecin externe à l'assurance doit être ordonnée en cas de doute, mêmes faibles quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (ATF 135 V 465).

d. 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).

e. 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).

f. Il est en principe admissible pour un tribunal de se fonder sur les preuves administrées correctement par l'assureur social et de renoncer à sa propre procédure probatoire (ATF 135 V 465 consid. 4.3.2 p. 469). On rappellera que le juge peut en effet renoncer à accomplir certains actes d'instruction sans que cela n'entraîne une violation du droit d'être entendu ou une violation du devoir d'administrer les preuves nécessaires (art. 61 let. c LPGa) s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves en général: ATF 131 I 153 consid. 3 p. 157; 130 II 425 consid. 2 p. 428 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C 142/2011 du 9 novembre 2011).

11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances

sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

12. 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).
13. a. En l'occurrence, la recourante reproche tout d'abord à l'intimé d'avoir suivi l'avis du Dr H_____, du SMR, alors que celui-ci n'est pas au bénéfice du titre de « psychiatre FMH », de sorte qu'il ne pourrait pas se déterminer valablement sur l'état de santé de l'assurée.

A cet égard, la jurisprudence du Tribunal fédéral a précisé qu'il ne se justifie pas, en soi, d'écarter l'avis d'un médecin du SMR, non titulaire d'une spécialisation en psychiatrie, qui s'est prononcé sur une expertise judiciaire psychiatrique car un médecin, quelle que soit sa spécialisation, est en principe en mesure d'émettre un avis sur la cohérence d'un rapport d'un confrère (arrêt du Tribunal fédéral 9C 149/2008 du 27 octobre 2008). Par ailleurs, même pour le médecin qui effectue une expertise, le titre de spécialiste FMH n'est pas exigé (arrêt du Tribunal fédéral 9C 359/2009 du 26 mars 2010).

En conséquence, le fait que le Dr H_____, du SMR, ne soit pas titulaire d'un FMH en psychiatrie n'est pas déterminant et son avis ne saurait, pour cette unique raison, être écarté.

- b. Dans un second grief, la recourante reproche à l'intimé de ne pas avoir mis en œuvre une expertise psychiatrique, alors même que les pièces médicales au dossier étaient insuffisantes pour déterminer le droit de l'assurée aux prestations.

En l'occurrence, l'intimé s'est fondé, pour rendre la décision litigieuse, sur l'avis du SMR du 3 décembre 2018, lequel a retenu, sur la base du rapport médical du Dr

E_____ du 16 mai 2018, une incapacité de travail totale de l'assurée dès le 8 novembre 2017, de 80 % dès le 23 janvier 2018, de 70 % dès le 12 février 2018 et totale dès le 1^{er} mai 2018, dans toute activité.

Le rapport du Dr E_____ a été rendu en réponse à 18 questions posées par le SMR le 13 avril 2018. Il pose le diagnostic d'épisode dépressif sévère, comprend une anamnèse, un status psychique détaillé, la description de la répercussion de l'atteinte à la santé dans le domaine de la vie de l'assurée, les ressources de celle-ci, la mention des limitations fonctionnelles et l'évolution de l'état de santé de l'assurée.

Sur la base de ces éléments, le SMR a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : grande fragilité psychologique, difficulté à gérer le stress, troubles cognitifs avec diminution des capacités de concentration et d'attention, effondrement des ressources d'adaptation, difficultés à gérer les tâches administratives, difficulté de gestion des émotions, difficulté dans les déplacements, difficulté d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne.

Contrairement à l'avis de la recourante et même si le SMR a effectué un rapport médical sur dossier, il n'y a pas lieu d'admettre que l'intimé aurait dû ordonner une expertise psychiatrique, que ce soit au SMR ou auprès d'un expert indépendant. En effet, le dossier de l'assurée comprend plusieurs rapports médicaux du Dr E_____ étayant l'incapacité de travail de l'assurée.

Le Dr E_____ a attesté d'un suivi depuis le 23 novembre 2017 et, à ce moment-là, d'un diagnostic d'épisode dépressif sévère (F 32.2), avec des symptômes de fatigue importante, manque d'énergie, de plaisir, sentiment de culpabilité, découragement, peurs, troubles du sommeil et de l'appétit, dans le cadre d'une pression professionnelle avec des traits de harcèlement (rapports des 15 février 2017 et 27 février 2018), avec une reprise du travail à 20 % le 23 janvier 2018 et à 30 % dès le 12 février 2018, le pronostic étant réservé (certificat médical du 27 février 2018). Le 24 avril 2018, le Dr E_____ a mentionné un ralentissement psychomoteur, un sentiment d'impuissance et de dévalorisation, des idéations suicidaires, un manque de plaisir sévère et l'assurée a ensuite été mise à l'arrêt total de travail depuis le 1^{er} mai 2018 (avis des 24 avril 2018 et 13 juin 2018). Le 5 septembre 2018, le Dr E_____ a souligné un grave trouble de l'humeur, avec une péjoration de l'état psychique au printemps 2018 commandant un arrêt de travail total au 30 avril 2018, et une incapacité de travail totale qui perdurait. Malgré les traitements en cours, notamment psychopharmacologique et psychothérapeutique, l'état de santé était stationnaire et l'assurée présentait une fatigue invalidante, un trouble du sommeil, manque d'énergie, de plaisir et de motivation, des douleurs, des pensées noires avec des idéations suicidaires, un sentiment de culpabilité, un trouble de la concentration et de la mémoire (certificat du 19 septembre 2018). Par la suite, le Dr E_____ a continué d'attester d'un pronostic défavorable et d'une incapacité de travail totale sur le long terme (rapport du 30 janvier 2019), d'une affection partiellement

résistante au traitement et incapacitante à 100 % depuis le 1^{er} mai 2018, de manière définitive (certificat du 16 octobre 2019).

Au vu de ce qui précède, le SMR et l'intimé pouvaient statuer sur la base du dossier de l'assurée, dès lors que celui-ci comprenait des éléments médicaux suffisants émanant du psychiatre traitant de celle-ci, lequel avait effectué, au jour du rapport final subséquent du SMR, un suivi de l'assurée de plus d'une année (et au jour de la décision litigieuse, de plus d'une année et demie), motivant une incapacité de travail totale de l'assurée depuis le 8 novembre 2017 (sous réserve d'une reprise de travail de 20 %, puis de 30 % en 2018). Cela est d'autant plus vrai qu'il n'existe au dossier aucun avis médical mettant en doute celui du psychiatre traitant. A cet égard, c'est à tort que la recourante estime qu'il existe une contradiction entre l'avis du Dr E_____ (avis du 16 mai 2018) et celui du Dr F_____ (avis du 30 mai 2018), ce dernier attestant de l'absence de limitations fonctionnelles sur le plan somatique, en renvoyant l'intimé au Dr E_____ pour tout ce qui concerne le domaine psychiatrique.

La recourante estime qu'une expertise psychiatrique comprenant l'analyse des indicateurs jurisprudentiels en cas de troubles psychiques est nécessaire. Toutefois, les éléments fournis par le psychiatre traitant permettaient à l'intimé d'effectuer une appréciation prenant en compte les indicateurs jurisprudentiels précités. En particulier, le psychiatre traitant a répondu aux questions posées par l'intimé, réponses qui comprenaient les éléments nécessaires pour évaluer l'atteinte à la santé, soit les comorbidités, le traitement suivi, la personnalité de l'assurée, le contexte social, dont les ressources de celle-ci, ainsi que la cohérence. Une investigation médicale plus approfondie n'était dès lors pas nécessaire.

Par ailleurs, le constat effectué par un inspecteur de la Generali, le 12 mars 2018, va dans le même sens que les avis du psychiatre traitant, dès lors qu'il relate, chez l'assurée, des troubles du sommeil, angoisses, perte de repères, aboulie, asthénie, tension nerveuse, irritabilité, anxiété, pleurs fréquents et faiblesse. En outre, l'assurée, au cours de sa reconversion professionnelle, a été considérée comme ayant une réelle motivation à retravailler. En effet, elle s'est reconvertie, avec l'aide de l'intimé, dans une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques avec succès (opératrice en horlogerie), ayant été considérée par l'intimé comme motivée, faisant ce qu'il faut pour s'intégrer et apprendre et désirant travailler (rapport des EPI des 31 mars 2014 et 13 janvier 2015 ; note de travail IP du 6 mars 2014) et ayant finalement été engagée par D_____ SA le 1er juin 2015. Dans ce contexte, il apparaît que l'incapacité de travail totale attestée par son psychiatre traitant reflète l'effondrement des ressources de l'assurée.

Enfin, le SMR a requis une révision du dossier à deux ans, de sorte que l'état psychique de l'assurée fera l'objet, dans ce délai, d'une nouvelle évaluation médicale. Si, comme le prétend la recourante, une péjoration de l'état psychique de

l'assurée ne devait être que réactionnelle à du harcèlement professionnel, l'intimé sera en mesure de le constater.

14. Partant le recours ne peut qu'être rejeté.

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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