

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3656/2018

ATAS/978/2019

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 28 octobre 2019**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Florian BAIER

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Maria-Esther SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1963, de nationalité suisse, mère d'une enfant née en 1991, titulaire d'un Certificat Fédéral de Capacité de vendeuse et d'employée du commerce de détail ; a exercé depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2001 une activité de commise-administrative à B\_\_\_\_\_ (ci-après : B\_\_\_\_\_), à 100 %.
2. Dès le 2 mars 2004, l'assurée a été en incapacité de travail totale et/ou partielle.
3. Le 27 avril 2004, l'assurée a été opérée en raison d'un myxome de l'oreillette gauche surinfecté avec endocardite floride.
4. Le 11 août 2005, l'assurée a déposé une demande de prestation d'invalidité, laquelle a été transmise à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : l'OAI-VD).
5. Le 15 août 2005, l'OAI a licencié l'assurée pour le 30 novembre 2005.
6. Le 13 octobre 2005, la doctoresse C\_\_\_\_\_, FMH médecine générale, a attesté d'une capacité de travail de l'assurée nulle d'avril au 30 novembre 2004 et de 50 % dès le 1<sup>er</sup> décembre 2004, avec six périodes à 100 % depuis janvier 2005 ; l'assurée se plaignait de douleurs lombaires et au genou gauche ainsi que de fatigue et de trouble du sommeil ; elle présentait des lombalgies chroniques avec double scoliose dorso-lombaire.
7. Le 8 mai 2006, la Dresse C\_\_\_\_\_ a indiqué que la demande AI n'était plus justifiée, la capacité de travail était de 80 % dès le 1<sup>er</sup> décembre 2005 et de 100 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2006.
8. Le 4 juillet 2006, le Service Médical Régional AI (ci-après : le SMR) a estimé que la capacité de travail était nulle du 26 avril au 30 novembre 2004, de 50 % du 1<sup>er</sup> décembre 2004 au 30 novembre 2005, de 80 % du 1<sup>er</sup> décembre 2005 au 31 mars 2006 et entière dès le 1<sup>er</sup> avril 2006.
9. Par décision du 24 novembre 2006, l'OAI-VD a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> avril 2005 au 28 février 2006.
10. Le 31 mars 2015, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.
11. Le 16 juin 2015, le docteur D\_\_\_\_\_, médecin interne FMH au Service médical de la Jonction, a recommandé une prise en charge psychiatrique et attesté d'un arrêt de travail total depuis 2010.
12. Par communication du 19 août 2015, l'OAI a constaté que des mesures d'intervention précoce ou de réadaptation professionnelle n'étaient pas indiquées.
13. Le 24 mars 2016, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué des gonalgies gauches chroniques, une obésité morbide, une tendance OH sur fond dépressif, un trouble de l'adaptation et une absence de suivi psychiatrique. La capacité de travail était nulle.

14. Le 31 janvier 2017, l'assurée a précisé à l'OAI qu'elle n'avait pas de suivi psychiatrique.
15. Le 15 février 2017, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué un état de santé stationnaire, une double scoliose algique, une obésité et une dépression ; une reprise de travail n'était pas envisageable.
16. Une note de statut du 2 octobre 2017 de l'OAI mentionne que l'assurée a un statut d'active.
17. Le 12 février 2018, le docteur E\_\_\_\_\_, FMH rhumatologie, a attesté, avec incidence sur la capacité de travail, d'une PSH droite calcifiante et d'une périarthrite de la hanche droite depuis août 2017 et, sans incidence sur la capacité de travail, de lombalgies de type charnière et gonalgies. La capacité de travail était totale dans une activité sans travail régulier des mains au-dessus du plan des épaules et sans port de charge de plus de 10 kg.
18. Le 9 mars 2018, la doctoresse F\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie, a attesté d'une anxiété généralisée importante, depuis au moins janvier 2017 et de troubles musculo-squelettiques. La capacité de travail était trop diminuée et trop fluctuante pour envisager une reprise d'activité professionnelle.
19. A la demande de l'OAI, la Clinique Romande de Réadaptation (ci-après : la CRR), soit le docteur G\_\_\_\_\_, FMH médecine interne et rhumatologie, la doctoresse H\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie, et le docteur I\_\_\_\_\_, FMH médecine interne, ont rendu le 19 juin 2018 un rapport d'expertise.

L'assurée se plaignait de douleurs lombaires, à l'épaule et genou droits, aux hanches, d'un essoufflement, de troubles de la mémoire et de la concentration, d'un sommeil perturbé, d'anxiété. Les douleurs avaient augmenté trois ans auparavant. Ils ont posé les diagnostics, du point de vue somatique, d'obésité morbide (E 66.0), status après exérèse d'un myxome de l'oreillette en 2004, avec une évolution tout à fait favorable, une scoliose essentiellement lombaire (M41.98), avec excellente préservation de la mobilité du dos, et absence totale de douleurs en position assise durant la durée de l'anamnèse de quarante minutes, une possible périarthrite de hanche droite (M76.8), une tendinite calcifiante de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (M75.3), mais finalement sans répercussion sur la mobilité de l'épaule, que l'assurée utilisait sans épargne aucune. Du point de vue psychiatrique, une anxiété généralisée (F41.1).

Ils ont notamment fait état d'une radiographie de la colonne lombaire du 4 juin 2016 en indiquant : « si l'on se fie à la clinique ainsi qu'à la position de la mention des D en majuscule sur le cliché, il existe une scoliose lombaire centrée en L1, sinistro-convexe, légèrement décalée à gauche. Là encore, les clichés sont de lecture difficile en raison de la scoliose d'une part, de l'obésité morbide d'autre part. Sur les clichés à disposition, on ne trouve pas de trouble dégénératif majeur ».

Il existait très peu de limitation et un énorme hiatus entre le tableau ostéo-articulaire selon l'assurée et les constatations objectives. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : éviction des activités nécessitant de travailler avec les membres supérieurs au-dessus de la ligne des épaules; éviction de la manutention de charges excédant 10 kg de façon répétée; possibilité de changer de position une fois par heure. Dans une activité respectant ces limitations, le rendement serait complet. En réalité, les activités exercées avant l'incapacité de longue durée étaient quasiment idéales. Le diagnostic psychiatrique n'était pas incapacitant.

20. Le 2 juillet 2018, la docteur J\_\_\_\_\_, du SMR, a estimé qu'il n'existait pas de nouvelle atteinte incapacitante et que l'activité habituelle était adaptée (vendeuse ou responsable administrative).
21. Par projet de décision du 4 juillet 2018, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée, au motif qu'elle ne présentait pas de maladie incapacitante.
22. Le 25 juillet 2018, l'assurée a écrit à l'OAI qu'elle était surprise de constater qu'aucune expertise concernant sa scoliose ne figurait au dossier.
23. Par décision du 19 septembre 2018, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée.
24. Le 18 octobre 2018, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 19 septembre 2018, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle a communiqué :
  - Un rapport de radiographie et échographie de la hanche droite du 4 août 2017 concluant à l'absence de signe d'arthrose significative au niveau des hanches ; on notait uniquement quelques enthésophytes notamment au niveau du grand trochanter droit et du petit trochanter gauche. L'examen échographique démontrait des signes de tendinopathie d'insertion du moyen fessier sans nette bursite associée.
  - Un rapport de radiographie et échographie de l'épaule droite du 4 août 2017 concluant à des signes de tendinopathie calcifiante du supra-épineux, avec des volumineuses calcifications en son sein, pouvant être à l'origine de douleurs localisées. Discrète tendinopathie non fissuraire du sous-scapulaire et de l'infra-épineux. Légère bursite sous-acromio-deltoïdienne associée.
25. Le 19 novembre 2018, la recourante a complété son recours, en relevant qu'elle ne pouvait maintenir une position assise ou debout prolongée ou porter des charges de plus de 5 ou 7kg ou encore de marcher sur des distances moyennes. Sa capacité de travail était de 50 % au maximum. Elle a communiqué un rapport du docteur K\_\_\_\_\_, FMH médecine interne, maladie rhumatismales, du 17 novembre 2018, attestant d'une rotoscoliose lombaire gauche commençant à développer des lésions arthrosiques facettaires, chez une patiente très obèse , avec un déconditionnement physique sévère et un syndrome trophostatique majeur,

entraînant des limitations physiques et fonctionnelles conséquentes : incapacité à assumer une position assise ou debout prolongée ; incapacité à porter des charges de plus de 5-7 kg ; fatigabilité chronique ; incapacité à assumer des horaires de travail normaux ; difficulté à se déplacer à pieds sur des distances moyennes. Le pronostic de ce rachis était mauvais, car les lésions arthrosiques allaient s'étendre et s'aggraver; la courbure scoliotique allait très probablement s'accroître avec les années. Ces limitations étaient donc invalidantes et bien sûr impactaient sa capacité de travail. Sa capacité de travail actuelle était de 50 % maximum, dans une activité respectant les limitations physiques. Dans toute autre activité professionnelle, cette capacité était nulle.

Il mentionnait des radiographies du 4 août 2017, une de la colonne du 10 octobre 2018, ainsi qu'un CT-SCAN lombaire du 6 juin 2018.

26. Le 13 décembre 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours, en relevant que l'expertise de la CRR était probante, que, selon un avis du SMR du 13 décembre 2018, le rapport du Dr K\_\_\_\_\_ n'apportait pas de nouvel élément médical objectif et que le problème du rachis scoliotique avait bien été pris en compte par l'expert G\_\_\_\_\_.
27. Le 15 janvier 2019, la recourante a répliqué, en faisant valoir que l'expertise de la CRR n'était pas complète ; elle se fondait sur une radiographie du 4 juin 2016 qui était, aux dires des experts, illisible ; ils indiquaient à tort qu'il n'existait pas de trouble dégénératif majeur ; or, le CT-lombaire du 6 juin 2018 montrait au contraire une nette arthrose facettaire L4-L5 ; quant au diagnostic d'anxiété généralisée, la Dresse F\_\_\_\_\_ le jugeait incapacitant. Elle sollicitait l'audition des Drs K\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_.
28. Le 11 février 2019, les parties ont été entendues en audience de comparution personnelle.

La recourante a déclaré : « L'expertise rhumatologique à la CRR a été très rapide, soit quarante-cinq minutes, dont dix minutes seulement d'auscultation. Le médecin m'a indiqué qu'il devait faire court, que je devais me taire et uniquement répondre à ses questions. L'examen psychiatrique et de médecine interne a duré deux heures à chaque fois et j'ai été très bien reçue.

J'ai beaucoup de douleurs, au genou, à la hanche, et à l'épaule droites, ainsi qu'au dos. Je développe du rhumatisme sur ma scoliose. Je suis suivie par un psychothérapeute et je prends quotidiennement un anti-inflammatoire, un anti-rhumatismal et du Dafalgan. Je suis suivie régulièrement par le Dr D\_\_\_\_\_ qui est mon généraliste, une fois par mois. Lorsque j'ai eu des douleurs notamment au genou j'ai consulté le Dr E\_\_\_\_\_, rhumatologue. Je n'ai plus de suivi avec ce médecin. J'ai des problèmes de dos depuis toute petite, lesquels ont été découverts à l'âge de 11 ans et traités par le port de corset pendant trois ans. Je n'ai consulté le Dr K\_\_\_\_\_ qu'à deux reprises. J'ai été suivie par le Dr L\_\_\_\_\_, lequel m'a adressée au Dr K\_\_\_\_\_.

J'ai dû cesser cette [mon] activité pour O\_\_\_\_\_ Rue car je n'arrivais plus à travailler en raison des douleurs. Je me considère actuellement totalement incapable de travailler car je ne peux pas rester assise plus de deux heures et je dois alterner régulièrement les positions. Je suis suivie par le Dr M\_\_\_\_\_ que je vois une fois par semaine depuis environ 6 mois. Avant j'étais suivie par la Dresse N\_\_\_\_\_, psychiatre, laquelle délégua à une psychologue le traitement. J'ai dû cesser ce suivi car j'avais demandé à ce que ma fille soit également prise en charge par la Dresse N\_\_\_\_\_, et c'est la même psychologue qui s'en est occupée, de sorte qu'il y a eu des amalgames entre mon traitement et le sien. J'ai un rendez-vous à l'Hôpital Beau-Séjour le 5 mars 2019 pour tenter de soigner mon dos ».

L'avocat de la recourante a déclaré : « Ma cliente n'a plus eu de travail rémunéré depuis celui de B\_\_\_\_\_ en 2005. Elle a en revanche travaillé pour O\_\_\_\_\_, pendant environ dix-sept mois, jusqu'au 23 septembre 2014, à 50 %, non rémunéré. Je verse une attestation à ce sujet ainsi qu'un certificat médical du Dr D\_\_\_\_\_. Nous contestons le volet rhumatologique de l'expertise de la CRR car celui-ci n'est pas à jour. Nous contestons également le volet psychiatrique dans la mesure où la Dresse N\_\_\_\_\_ pose un diagnostic qu'elle juge totalement incapacitant, alors que l'experte psychiatre pose le même diagnostic mais l'estime sans répercussion sur la capacité de travail. Nous souhaitons donc entendre ces deux psychiatres. Nous vous communiquerons les rapports de radiologie cités par le Dr K\_\_\_\_\_ dans son certificat du 17 novembre 2018 ».

La recourante a produit :

- Une attestation de O\_\_\_\_\_, association privée d'action sociale auprès de personnes sans abri et démunies, du 26 février 2015, selon laquelle elle travaillait pour l'association depuis le 3 avril 2013, à raison de vingt heures par semaine.
- Un certificat médical du Dr D\_\_\_\_\_ du 7 février 2019 attestant d'une capacité de travail nulle de la recourante dès le 23 septembre 2014.

29. Le 1<sup>er</sup> mars 2019, la recourante a produit :

- Un rapport de scanner de la colonne lombaire du 6 juin 2018 du Centre imagerie Servette, concluant à une arthrose inter-facettaire postérieure droite L4-L5 et une discrète scoliose à convexité gauche de 15° centrée sur L1-L2, s'accompagnant d'une discrète spondylarthropathie pincée dans les concavités soit à droite entre L1-L2 et à gauche entre L4-L5. Il n'y avait pas de protrusion discale ni de tassement vertébral.
- Un rapport de radiographie de la colonne totale du 10 octobre 2018 de la Dresse P\_\_\_\_\_, concluant à une hypercyphose dorsale et bascule postérieure du torse, une scoliose lombaire à convexité gauche avec forte composante rotatoire des corps vertébraux et un angle de 19°, ainsi qu'une arthrose facettaire postérieure lombaire basse. Il n'y avait pas de tassement vertébral.

30. Le 25 mars 2019, la recourante a produit une lettre de fin de traitement du 6 mars 2019 des Drs Q\_\_\_\_\_, médecin adjoint agrégé, et M. R\_\_\_\_\_, médecin interne, au service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), suite à une consultation de l'assurée pour rachialgies chroniques du 5 mars 2019. Ils ont posé le diagnostic de lombalgies communes chroniques dans le cadre d'une scoliose idiopathique, de périarthrite de hanche droite, de gonalgies bilatérales dans le cadre d'un syndrome fémoro-patellaire et arthrose débutante probable, de syndrome de déconditionnement et d'obésité de stade III.

Du point de vue strictement rhumatologique, l'assurée pourrait, au vu des éléments à disposition, avoir une activité à 50 % dans un domaine adapté permettant de changer les positions. Un bilan avec évaluation ergothérapeutique permettrait également de préciser sa capacité de travail. S'agissant de la présence d'un éventuel Modic, une IRM était nécessaire, ce que l'assurée refusait en raison d'une claustrophobie.

La recourante a indiqué qu'au vu de ce rapport, elle présentait une incapacité de travail de 50 %.

31. A la demande de la chambre de céans, les Drs Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_ ont donné des renseignements complémentaires le 27 mai 2019.

Ils confirmaient les diagnostics posés par l'expert G\_\_\_\_\_ de la CRR et ajoutaient des gonalgies bilatérales dans le cadre d'un syndrome fémoro-patellaire et une arthrose débutante probable, ainsi qu'un déconditionnement et une obésité de stade III. Ils rejoignaient l'évaluation médicale et médico-assurentielle effectuée par le Dr G\_\_\_\_\_ dans sa majeure partie, cependant la situation sur le plan des lombalgies s'était aggravée lorsqu'ils avaient évalué l'assurée. Celle-ci signalait une dégradation survenue progressivement dans l'intervalle sans pouvoir fournir de repère temporel clair. Ils objectivaient une limitation de la durée en position assise à quinze minutes contre quarante minutes lors de l'expertise. L'assurée signalait par ailleurs l'impossibilité de travailler de manière soutenue en raison des lombalgies et des douleurs de périhanche droite. Pour ces raisons, ils avaient effectué une échographie qui avait pu mettre en évidence une tendinopathie avec rupture du moyen fessier.

Il leur paraissait très probable que cette aggravation fût liée à l'aggravation du déconditionnement physique. Par ailleurs, l'assurée semblait également présenter une thymie plus abaissée que celle décrite lors de la consultation d'expertise. Elle avait en effet présenté des épisodes de pleurs lors des entretiens et décrit un isolement social actuellement manifeste. Sans se prononcer sur un trouble de l'humeur, la coexistence de la pathologie de base, l'adjonction d'une périarthrite, l'aggravation du déconditionnement et les perturbations émotionnelles influençaient clairement la capacité de travail. Ainsi, au regard du tableau avec augmentation du déconditionnement physique et psychosocial, ils estimaient que sa capacité professionnelle était actuellement limitée à 50 % dans un travail adapté. Les

limitations retenues étaient les mêmes que celles décrites par le Dr G\_\_\_\_\_ à savoir l'éviction des activités nécessitant de travailler avec les membres supérieurs au-dessus de la ligne des épaules, éviction de la manutention des charges excédant 10 kg de façon répétée, possibilité de changer de position suffisamment fréquemment. Une réévaluation à un an leur semblait également justifiée.

Ils avaient répondu à ces questions sur la base des examens effectués lors de chaque consultation des 5 mars 2019, 8 avril 2019 et du 11 avril 2019.

32. Le 3 juillet 2019, la recourante a observé que le Dr Q\_\_\_\_\_ se basait sur ses consultations de 2019 mais que ses douleurs étaient antérieures, que le Dr D\_\_\_\_\_ indiquait déjà en 2015 qu'elle n'était pas apte à travailler, que le Dr Q\_\_\_\_\_ retenait une durée maximum en position assise de quinze minutes au lieu de quarante minutes selon le Dr G\_\_\_\_\_, qu'il avait ajouté un diagnostic de gonalgies bilatérales et que ses avis rejoignaient ceux des Drs K\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, qu'en particulier il rejoignait celui du Dr K\_\_\_\_\_ quant à une capacité de travail de 50 %, étant relevé qu'il n'existait guère d'activité à 50 % qui respectait toutes ses limitations fonctionnelles.
33. Le 2 juillet 2019, la Dresse S\_\_\_\_\_, du SMR, a rendu un avis médical indiquant que selon l'avis des Drs Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_, l'assurée souffrait d'une atteinte supplémentaire, une gonarthrose débutante aux deux genoux. Cette atteinte entraînait de nouvelles limitations fonctionnelles d'épargne des genoux, mais n'empêchait pas d'effectuer une activité sédentaire en plein. Concernant les rachialgies chroniques et leurs répercussions sur la capacité de travail, le Dr Q\_\_\_\_\_ estimait que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé, principalement en raison d'un déconditionnement physique et il estimait que la capacité de travail était limitée à 50 % dans une activité adaptée. Cependant, pour le SMR, l'assurée ne présentait pas d'aggravation clinique manifeste. L'examen clinique du rachis était superposable à celui de 2018, relevant des mobilisations harmonieuses. La révélation d'une rupture du muscle moyen fessier à l'échographie n'indiquait pas le début de l'atteinte, le diagnostic de périarthrite de hanche étant déjà posé en 2018 et le status clinique n'ayant pas évolué. Par ailleurs, l'assurée annonçait pouvoir rester assise deux heures, même s'il avait été constaté cliniquement une gêne au bout de quinze minutes en 2019, contre quarante minutes en 2018.
34. Le 4 juillet 2019, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR du 2 juillet 2019 et a confirmé ses conclusions.
35. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

**EN DROIT**

- 
1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. 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. 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).
4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, 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<sup>er</sup> janvier 2008).
5. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe

d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

6. 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 LPG), 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.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le juge 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).

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).

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).

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. À 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).

7. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).
8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances

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

9. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).
10. Ni le déconditionnement issu d'un mode de vie sédentaire et inactif, ni celui lié à une longue interruption de l'activité professionnelle ne suffisent en tant que tels pour admettre une diminution durable de la capacité de travail dans toute activité (cf. arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 524/04 du 28 juin 2005 consid. 5 et I 597/03 du 22 mars 2004 consid. 4.1). En revanche, lorsque le déconditionnement se révèle être la conséquence directe et inévitable d'une atteinte à la santé, son incidence sur la capacité de travail ne saurait d'emblée être niée. À cet égard, les éléments empêchant la réadaptation et la réintégration professionnelles qui ne sont pas dus à l'atteinte à la santé n'ont pas à être pris en considération. Si la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail dépend cependant d'une mesure préalable liée à l'état de santé, et réservée du point de vue médical, il y a lieu d'en tenir compte pour évaluer ladite capacité de travail. Ainsi, lorsque le corps médical fixe une capacité résiduelle de travail, tout en réservant que celle-ci ne pourra être atteinte que moyennant l'exécution préalable de mesures de réadaptation, il n'y a pas lieu de procéder à une évaluation du taux d'invalidité sur la base de la capacité résiduelle de travail médico-théorique avant que lesdites mesures n'aient été exécutées (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_141/2009 du 5 octobre 2009 consid. 2.3.1, SVR 2010 IV n° 9 p. 27 et 9C\_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.1, SVR 2011 IV n° 30 p. 86; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_809/2017 du 27 mars 2018 consid. 5.2).
11. a. En l'occurrence, l'OAI a diligenté une expertise pluridisciplinaire auprès de la CRR, dont les experts ont examiné la recourante les 12 et 13 juin 2018.

Fondée sur les pièces du dossier, comprenant une anamnèse complète, la description des plaintes de la recourante et du traitement suivi, des constatations objectives, un examen des documents d'imagerie (jusqu'au 4 août 2017), des diagnostics et limitations fonctionnelles clairs et une évaluation médicale étayée, le rapport d'expertise de la CRR répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

Selon les conclusions de la CRR, la recourante présente des limitations fonctionnelles (éviction des activités nécessitant de travailler avec les membres supérieurs au-dessus de la ligne des épaules ; éviction de la manutention de charge excédant 10 kg de façon répétée ; possibilité de changer de position une fois par heure), qui permettent l'exercice d'une activité adaptée à 100 %, étant constaté que les anciennes activités sont considérées comme adaptées.

b. La recourante conteste cette appréciation en faisant valoir qu'elle présente une capacité de travail limitée à 50 %. Elle produit des avis médicaux de ses médecins traitant. La chambre de céans constate que ceux-ci ne sont pas à même de mettre en doute les conclusions de la CRR.

ba. Du point de vue rhumatologique, la recourante critique les conclusions de l'expertise, en particulier au motif que l'expert ne disposait pas du CT-Scan lombaire du 6 juin 2018, contrairement au Dr K\_\_\_\_\_, lequel estimait que ses affections étaient invalidantes.

Le Dr K\_\_\_\_\_, dans son rapport du 17 novembre 2018, se réfère à un CT-Scan lombaire du 6 juin 2018 ainsi qu'à une radiographie de la colonne totale du 10 octobre 2018 et atteste d'une rotoscoliose lombaire, de lésions arthrosiques facultaires, d'une obésité, d'un déconditionnement physique sévère et d'un syndrome trophostatique majeur, entraînant des limitations fonctionnelles conséquentes ( pas de position assise ou debout prolongée, pas de port de charge de plus de 5 - 7 kg, fatigabilité chronique, difficultés à la marche sur des distances majeures). Selon ce médecin, la capacité de travail de la recourante est de 50 % au maximum dans une activité adaptée.

Comme relevé par le SMR (avis du 13 décembre 2018), les constatations du Dr K\_\_\_\_\_ n'amènent pas de nouveaux éléments médicaux relevant et le status décrit par le Dr K\_\_\_\_\_ est superposable à celui observé par le Dr G\_\_\_\_\_. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles décrites par le Dr K\_\_\_\_\_ sont légèrement plus importantes que celles retenues par la CRR (port de charge limité à 5 - 7 kg au lieu de 10 kg, fatigabilité chronique et difficultés à la marche sur de grandes distances), mais pas au point de justifier une incapacité de travail partielle dans toute activité.

S'agissant des Drs Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_, ils ont indiqué rejoindre l'appréciation de l'expert de la CRR, sous réserve de diagnostics ajoutés de tendinopathie des petit et moyen fessiers avec image de rupture totale de l'ingestion latéral du moyen fessier, de gonalgies bilatérales, d'une arthrose débutante probable et d'un syndrome de déconditionnement. Ils attestent d'une capacité de travail limitée à 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante, en raison d'une aggravation de l'état de santé de celle-ci, survenue postérieurement à l'expertise de la CRR, et de façon progressive ; or, dans la mesure où cette aggravation a été objectivée lors des examens effectués par les Drs Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_ courant 2019, elle est, au degré de la vraisemblance prépondérante, postérieure à la décision

litigieuse du 19 septembre 2018, ce d'autant que les médecins ont mentionné que cette aggravation de l'état de santé de la recourante était intervenue seulement progressivement depuis l'expertise de la CRR.

A cet égard, de jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 130 V 130 consid. 2.1).

En conséquence, peut rester ouverte la question de savoir si, comme le relève le SMR dans son avis du 2 juillet 2019, l'aggravation attestée par les Drs Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_ relèverait uniquement d'un déconditionnement physique ne pouvant être pris en compte dans l'évaluation de la capacité de travail de la recourante.

bb. Du point de vue psychiatrique, la recourante invoque une divergence quant à l'impact de l'anxiété généralisée sur sa capacité de travail, en se référant à l'avis de la Dresse F\_\_\_\_\_ du 9 mars 2018. Or, celle-ci motive une incapacité de travail totale de la recourante par la présence d'un trouble anxieux mais aussi par celle de troubles musculo-squelettiques, lesquels relèvent d'une évaluation rhumatologique et non pas psychiatrique. Par ailleurs, l'évaluation rhumatologique effectuée a conclu à l'absence de diagnostic incapacitant dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. L'incapacité de travail attestée par la Dresse F\_\_\_\_\_ n'est ainsi pas motivée par la présence de limitations fonctionnelles pertinentes, ce d'autant qu'elle n'explique pas de façon convaincante comment le diagnostic de trouble anxieux entraînerait une incapacité de travail totale, voire même partielle.

Partant, l'évaluation psychiatrique effectuée par l'experte de la CRR ne peut qu'être confirmée.

c. Au vu de ce qui précède, la capacité de travail de la recourante, au jour de la décision litigieuse, doit être considérée comme totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, dont les anciennes activités exercées.

Partant, le degré d'invalidité de la recourante est nul.

d. Si la recourante estime que son état de santé s'est aggravé postérieurement à la décision litigieuse dans une mesure telle que ses droits à des prestations d'invalidité en seraient influencés, elle pourra toujours déposer auprès de l'intimé une demande de révision, étant rappelé que celle-ci doit être documentée, cas échéant, par des pièces médicales pertinentes.

12. Au vu de ce qui précède, le recours ne peut qu'être rejeté.

Etant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> 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