RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3953/2019 **ATAS/416/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 6 mai 2021

5ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à CHÂTELAINE, recourante
représentée par CAP Protection Juridique

contre

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

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président

EN FAIT

1. En date du 5 octobre 2016, la Vaudoise assurance (ci-après : la Vaudoise) a transmis un formulaire de communication de détection précoce concernant Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1957, à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé), précisant que l'assurée était en incapacité de travail à 100% depuis le 28 juin 2016, et qu'elle s'absentait régulièrement, pour des raisons de maladie.

2. En date du 9 décembre 2016, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'OAI, en indiquant que son activité habituelle était celle de femme de ménage, à 25%, auprès de l'employeur B_____SA (ci-après : l'employeur), et qu'elle souffrait d'une rupture massive de trois tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, depuis le mois de février 2016. Elle indiquait comme médecin traitant la doctoresse C_____, généraliste, qui s'était occupé de l'épaule droite depuis le mois de février 2016, ainsi que le docteur D_____, chef de clinique en orthopédie aux hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), chez qui elle était en traitement depuis le mois de septembre 2016.

3. Sollicité par l'OAI, l'employeur a répondu à un questionnaire concernant la réadaptation professionnelle ou la rente, indiquant que l'assurée travaillait depuis le 19 septembre 2011, en qualité d'agent de propreté à raison de 10 heures par semaine. Il était encore indiqué que des possibilités de placement à l'interne avaient déjà été examinées, mais que cela n'était pas possible.

4. En date du 22 décembre 2016, la Dresse C_____ a transmis un rapport médical à l'OAI, estimant le début de la longue maladie au mois de mai 2015 et la capacité de travail exigible nulle, soit dans l'activité habituelle, soit dans une activité adaptée. La cause de l'incapacité de travail était la maladie, soit une rupture massive de trois tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, dès le mois de juin 2016. Des mesures de physiothérapie étaient en cours et la patiente prenait des antalgiques. Selon le médecin traitant, l'assurée ne pouvait pas utiliser son bras droit et ressentait des douleurs, ainsi qu'une impotence à l'épaule droite suite à l'opération chirurgicale sur les tendons de la coiffe des rotateurs, qui avait eu lieu en date du 23 septembre 2016. Une lettre de sortie des HUG, datant du 28 septembre 2016, confirmait l'opération suite à la rupture massive des trois tendons de la coiffe des rotateurs à l'épaule droite. L'intervention chirurgicale par arthroscopie avait été effectuée, notamment par le Dr D_____. Il était encore indiqué qu'au vu de l'évolution favorable, l'assurée avait quitté le service pour un retour à domicile en date du 27 septembre 2016.

5. En date du 18 janvier 2017, le Dr D_____ a transmis un rapport médical à l'OAI, considérant que la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée était nulle et qu'il fallait procéder à une réévaluation, six mois après l'opération, soit au mois de mai 2017. Le diagnostic de rupture massive de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite était confirmé, ainsi qu'une suture des

tendons, sous arthroscopie, effectuée en date du 23 septembre 2016. L'évolution était considérée comme lente, avec une limitation de la force et des amplitudes, avec un pronostic visant à une nouvelle évaluation dans les six mois. La médication consistait en la prise de d'antalgiques, et l'incapacité de travail était considérée à 100% depuis le 23 septembre 2016.

6. En date du 15 mai 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'après examen, aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était considérée comme possible et que l'examen du droit à une rente était en cours. En date du 23 juin 2017, l'employeur a résilié le contrat de travail de l'assurée, en notant que celle-ci était en incapacité de travail, pour raison de maladie, depuis une année.

7. En date du 29 juin 2017, la Dresse C_____ a fait parvenir à l'OAI un rapport médical intermédiaire, indiquant que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré, notamment la mobilité de l'épaule droite. Le pronostic était toutefois réservé et le médecin traitant renvoyait à un rapport de consultation du docteur E_____, chef de clinique au service de chirurgie orthopédique des HUG, du 9 juin 2017. Le diagnostic était une capsulite rétractile post-réinsertion, une rupture massive de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, ainsi qu'une lésion transfixiante du tendon supra-épineux, actuellement cicatrisée, de l'épaule gauche. Selon le médecin, huit mois et demi après l'opération de son épaule droite, l'assurée faisait de la physiothérapie en piscine et prenait des antalgiques. L'évolution sur la mobilité était lentement favorable, mais des douleurs persistaient au niveau du long chef du biceps proximal et de la coiffe des rotateurs généralement. Il était mentionné une discrète amélioration de la mobilité de l'épaule droite et une discrète diminution de la mobilité à gauche, qui était due aux douleurs pour lesquelles il n'y avait pas de substrat à l'échographie. La lésion du supra-épineux gauche, qui n'avait pas été opérée, montrait une bonne cicatrisation avec un excellent glissement dynamique à l'échographie du jour. La patiente était toujours en incapacité totale de travail dans sa profession et l'on pouvait s'attendre à une stabilisation du cas médical un an après l'opération.

8. En date du 15 août 2017, le Dr E_____ a envoyé à l'assurance HELSANA (ci-après : HELSANA) un premier rapport médical confirmant la capsulite rétractile à l'épaule droite, la rupture massive de la coiffe des rotateurs à l'épaule droite, et la lésion transfixiante du tendon de la coiffe des rotateurs à l'épaule gauche. La physiothérapie s'était arrêtée au mois de juillet 2017 et dans le cas d'une activité adaptée, celle-ci devait pouvoir s'effectuer sans charges au-dessus de l'épaule droite et en évitant d'avoir les bras loin du corps. Le médecin estimait que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, soit un poste de bureau.

9. En date du 16 novembre 2017, le service médical régional AI (SMR) a rendu un rapport médical dans lequel il était indiqué que la capacité de travail était de 100% dès le 28 juin 2016 jusqu'à ce jour avec une capacité de travail exigible de 0% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, à partir du mois d'octobre

2017, avec des limitations fonctionnelles qui étaient d'éviter le port de charges, pas de mouvement nécessitant l'élévation des bras au-dessus des épaules gauche et droite et pas de mouvements répétitifs des bras. Le début de l'aptitude à la réadaptation était fixé au mois d'octobre 2017. Selon le médecin-conseil du SMR, la doctoresse F_____, le traitement conservateur n'avait pas apporté les résultats voulus, ce qui avait entraîné une intervention chirurgicale effectuée le 23 septembre 2016. L'intervention s'était compliquée par une capsulite au niveau droit, ce qui avait prolongé l'arrêt de travail. Le SMR conseillait de suivre les estimations du Dr E_____, soit la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, qui était exigible à partir du mois d'octobre 2017.

10. En date du 8 janvier 2017, une enquêtrice de l'OAI a rencontré l'assurée pour effectuer une enquête économique sur le ménage. Elle a mentionné qu'après l'atteinte à la santé, l'assurée ne pouvait cuisiner que des petits repas simples ; elle ne pouvait plus effectuer de rangement en hauteur et laissait son époux nettoyer le sol si nécessaire. Depuis le mois d'octobre 2016, l'assurée bénéficiait de l'aide d'une aide-ménagère de l'IMAD pour l'entretien du logement, à raison d'1h50 par semaine ; celle-ci s'occupait de passer l'aspirateur, la serpillière, nettoyait les baignoires et changeait les draps du lit. S'agissant des courses, l'assurée était accompagnée de son époux, le samedi, pour faire les achats, car elle ne pouvait pas prendre d'article lourd dans les rayons et les déposer dans le chariot, ce que son époux faisait pour elle. Pendant la semaine, elle pouvait effectuer des petits achats de manière autonome. En ce qui concernait les activités administratives, elle les faisait, elle-même, la plupart du temps. S'agissant de la lessive, de l'entretien des vêtements, elle s'en occupait, mais le repassage était désormais effectué par l'aide-ménagère de l'IMAD. En conclusion de l'enquête ménagère, l'enquêtrice retenait un empêchement pondéré sans exigibilité de 46.1% et un empêchement pondéré avec exigibilité de 21.2% ; l'exigibilité retenue était de 24.9%, étant précisé que l'époux était également atteint dans sa santé, mais aidait pour de nombreuses tâches au quotidien.

11. Par courrier du 20 septembre 2017 adressé à la Dresse C_____, le Dr D_____ a mentionné que l'on arrivait au bout des mesures chirurgicales pouvant améliorer la fonction de l'épaule un an après l'opération ; il était difficilement envisageable que la patiente reprenne son travail, dans le domaine de l'entretien, au vu de la fonction de son épaule.

12. En date du 10 novembre 2017, la Dresse C_____ a transmis à l'assurance HELSANA un rapport médical intermédiaire mentionnant que l'assurée allait être reçue par le Dr D_____. Le médecin traitant observait une nette limitation de la mobilité de l'épaule droite, ainsi que des douleurs. Son incapacité de travail était estimée à 100% et aucune autre activité adaptée n'était envisageable actuellement.

13. En date du 13 avril 2018, le Dr D_____, devenu chef de clinique auprès de la clinique de la Colline dans l'intervalle, a communiqué aux médecins traitants qu'il avait vu le jour-même l'assurée à trois mois de sa dernière arthroscopie de l'épaule

droite et que la récupération fonctionnelle au niveau de son épaule était très bonne avec un score de Constant, passant de 34 à 78%. Il persistait une douleur dans le trapèze qui irradiait jusque dans le bras et la nuque, mais la douleur liée au long chef du biceps semblait quant à elle avoir disparu. Les amplitudes étaient quasi complètes, hormis une discrète limitation des rotations et la force de la coiffe était globalement tenue. Toutefois, l'assurée présentait une tendinopathie sévère et diffuse de la coiffe des rotateurs, mais le médecin notait qu'il y avait une composante à ses douleurs qu'il n'arrivait pas à mettre en relation avec son épaule. Il envisageait une IRM des cervicales, à trois mois, pour contrôler l'évolution des lésions qui avaient déjà été observées lors de l'IRM effectuée en 2016.

14. En date du 22 mai 2018, le docteur G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie au centre de chirurgie du pied, a adressé un rapport à la Dresse C_____, indiquant qu'il avait vu, le même jour, l'assurée qui souffrait d'une métatarsalgie récente du deuxième métatarsien avec des signes de rupture de la plaque plantaire confirmée par une IRM. C'était une surcharge liée à un pied légèrement creux qui entraînait une concentration de la charge du corps sur le deuxième rayon. Le médecin recommandait le port de supports plantaires qui, si cela ne permettait pas d'améliorer la situation, devrait être suivi d'une éventuelle prise en charge chirurgicale.

15. En date du 29 juin 2018, la Dresse C_____ a transmis un rapport médical à l'OAI dont il ressortait que la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle et dans l'activité adaptée était toujours de 0% ; les limitations fonctionnelles consistaient en des difficultés de mobilité à l'épaule droite, des douleurs dorsales et des douleurs au pied gauche. Le pronostic était réservé, voire mauvais ; il était mentionné que l'assurée était dans un état anxieux lié à ses différents problèmes somatiques.

16. Suite à un mandat du 20 novembre 2018, le SMR a rendu un avis médical résumant la situation. Le docteur H_____notait que dans son avis final du 16 novembre 2017, le SMR avait retenu une capacité de travail nulle dans l'ancienne activité, mais pleine dans toute activité respectant strictement les limitations fonctionnelles d'épargne de l'épaule droite. L'évolution de la réparation chirurgicale de la coiffe des rotateurs droite était défavorable avec une récidive de la rupture en novembre 2017, nécessitant une nouvelle intervention en janvier 2018. L'évolution, depuis lors, était favorable avec cependant une persistance de douleurs cervicales. Dans son compte-rendu de consultation du 11 juillet 2018, le Dr D_____ avait écrit que l'évolution était favorable et l'état stabilisé, tout en maintenant les limitations fonctionnelles déjà retenues d'épargne de l'épaule droite. Dans son courrier du 8 octobre 2018, le docteur I_____, rhumatologue, signalait des dorsalgies chroniques, mais précisait que le pronostic était bon et attestait une capacité de travail pleine dans toute activité strictement adaptée aux limitations du dos et de l'épaule droite. En conclusion, le Dr H_____estimait que compte tenu des derniers documents du dossier, la capacité de travail était définitivement nulle pour l'ancienne activité, mais dans une activité strictement adaptée aux limitations

fonctionnelles du dos et de l'épaule droite, la capacité adaptée était toujours pleine, depuis octobre 2017, avec une nouvelle incapacité totale de novembre 2017 à juillet 2018.

17. Dans un rapport de consultation du 13 décembre 2018, le docteur J_____, médecin-chef de l'hôpital de La Tour, a mentionné qu'il avait reçu la patiente pour des cervicalgies droites en rapport avec les deux opérations qu'elle avait subies à l'épaule droite. Le médecin résumait également les précédents troubles de la santé observés sur la base de l'IRM du 24 avril 2018 et ajoutait que depuis début novembre 2018, la patiente avait présenté des torticolis successifs avec la nuque bloquée.

18. Se fondant sur l'avis du SMR, l'OAI a rendu un projet de décision de refus de rente d'invalidité et de refus de mesures d'ordre professionnel en date du 19 décembre 2018. Le statut de l'assurée retenu était celui d'une personne se consacrant à 23% à son activité professionnelle et à 77% à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage. À l'issue de l'instruction médicale, l'OAI reconnaissait une incapacité de travail de 100% dans l'activité professionnelle habituelle, dès le 28 juin 2016 et ce de manière définitive. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, l'OAI était d'avis que la capacité de travail était de 100% dès le 1er octobre 2017, avec une incapacité de travail de 100% entre novembre 2017 et juillet 2018. Compte tenu du taux de 23% de l'activité professionnelle et de 77% de l'activité dans les travaux habituels, l'empêchement était estimé à 100% dans l'activité professionnelle, et à 21.2% dans les travaux habituels ; il en résultait une invalidité de 39%, soit l'addition des 23% dans l'activité professionnelle et de 16.32% dans les travaux habituels. Dès lors, ce taux était inférieur à 40%, et n'ouvrait pas le droit à des prestations sous forme de rente.

19. Par courrier du 15 février 2019, la Dresse C_____ a résumé les troubles de la santé et les différentes opérations suivies par l'assurée, en précisant que les diagnostics étaient des omalgies et dorsalgies droites chroniques, ainsi que des douleurs chroniques de l'épaule droite depuis trois ans malgré deux interventions chirurgicales avec une limitation de la mobilité de l'épaule d'environ 30%. Le médecin traitant considérait que l'assurée ne pouvait plus effectuer son travail de nettoyeuse et qu'elle avait même besoin d'aide pour son propre ménage. Par ailleurs, il ne voyait aucune activité adaptée à son handicap. De son point de vue, l'état de l'assurée allait probablement rester stationnaire, ce à quoi s'ajoutait un problème dégénératif et statique du pied gauche, qui avait nécessité une intervention chirurgicale le 14 mars 2019.

20. L'assurée s'étant opposée au projet de décision, le SMR a rendu un avis médical du 22 mars 2019 par lequel il considérait qu'il était nécessaire de demander à son médecin les comptes-rendus des consultations orthopédiques et opératoires, compte tenu de la nouvelle intervention prévue au pied gauche, car cette dernière pouvait entraîner de nouvelles limitations.

21. Dans un rapport médical du 25 avril 2019, la Dresse C_____ a résumé la situation médicale, renvoyant au précédent rapport du 29 juin 2018 ; elle a confirmé, par ailleurs, que le pronostic sur la capacité de travail de la patiente était mauvais, ajoutant qu'elle constatait un état anxieux et dépressif en rapport avec les différents problèmes de santé. Elle concluait à ce qu'il n'y avait pas de changement quant au rapport précédent du 29 juin 2018.

22. Par avis du médical du 6 août 2019, le SMR s'est prononcé sur l'opposition de l'assurée au projet de décision du 19 décembre 2018. Il a considéré qu'au vu du rapport médical de la Dresse C_____ du 6 mai 2019 et du courrier du Dr J_____ du 13 décembre 2018, il était nécessaire de demander des précisions à ce médecin.

23. Par courrier du 9 août 2019 adressé au Dr H_____du SMR, le médecin a répondu qu'une infiltration de type trigger, point situé au niveau de la pointe de l'omoplate, avait été tentée, mais sans effet autre qu'une exacerbation des douleurs. S'agissant de se déterminer sur ce qui pourrait être une activité adaptée aux limitations fonctionnelles chez sa patiente, le médecin disait que pour une patiente travaillant essentiellement comme femme de ménage et âgée de 62 ans, il ne voyait malheureusement pas comment elle pouvait être réadaptée.

24. Par avis médical du 23 août 2019, le Dr H_____a considéré qu'au vu du courrier du 9 août 2019 du Dr J_____, la situation était stationnaire et le traitement uniquement médicamenteux et anti-inflammatoire ; par conséquent, il fallait admettre que la situation médicale était similaire à celle de novembre 2017, en particulier la nouvelle intervention n'était plus nécessaire et les douleurs ne justifiaient plus qu'un traitement relativement modeste. Il renvoyait donc à l'avis médical SMR du 16 novembre 2017.

25. Se fondant sur l'avis du SMR, l'OAI a rendu une décision sur opposition en date du 24 septembre 2019, qui reprenait la motivation du projet de décision et concluait que le droit à une rente d'invalidité n'était pas ouvert en raison du taux d'invalidité de 39%, inférieur à la limite de 40%, et que des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées.

26. Par écriture du 24 octobre 2019 postée le même jour, le mandataire de l'assurée a fait recours contre la décision du 24 septembre 2019, en concluant, préalablement, à l'audition de l'assurée et à ce qu'une expertise pluridisciplinaire soit ordonnée par la chambre de céans, et, principalement, à l'annulation de la décision querellée, sous suite de frais et dépens. Il était fait grief à l'OAI de n'avoir pas tenu compte de l'aggravation de l'état de santé de la recourante après la réalisation de l'enquête ménagère et que ladite aggravation n'avait pas été suffisamment instruite sur le plan médical par l'intimé. De ce fait, l'instruction était lacunaire et il était nécessaire d'ordonner une expertise pour évaluer les conséquences, sur la capacité de travail, de l'aggravation des troubles de la santé de la recourante.

27. Par courrier du 15 janvier 2020, l'OAI a considéré que l'écriture de la recourante n'apportait aucun élément susceptible de modifier l'appréciation du cas et a conclu au rejet du recours.

28. Par courrier du 29 juin 2020, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de confier une mission d'expertise au docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

29. Les parties n'ont fait valoir aucun motif de récusation à l'encontre de l'expert proposé.

30. Par courrier du 11 janvier 2021, la chambre de céans a communiqué aux parties un projet de mission d'expertise avec libellé des questions. L'OAI a demandé une légère modification qui a été acceptée et intégrée dans le mandat d'expertise final.

EN DROIT

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

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

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.

5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

6. 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).

7. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

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

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

d. 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).

e. 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).

f. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

g. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la

violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

h. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. 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).

9. 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).

10. 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).

11. 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).

12. 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).

13. Le fait qu'une personne non atteinte dans sa santé décide de travailler à temps partiel est sans influence sur le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité – et dès lors n'entraîne pas l'application de la méthode mixte –, sauf si cette personne consacre à ses travaux habituels le temps libre supplémentaire dont elle dispose. Si un assuré, en mesure sur le plan de la santé d'exercer une activité lucrative à plein temps, décide de son propre gré de réduire son horaire de travail pour s'accorder plus de loisirs, l'assurance-invalidité n'a pas à intervenir. Les activités de loisirs sont ainsi exclues de la définition des travaux habituels (ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 et 5.2, précisé par l'ATF 142 V 290 consid. 7; arrêt du Tribunal fédéral

9C_432/2016 du 10 février 2017 consid. 5.1). La limitation dans le domaine lucratif doit être prise en considération de façon proportionnelle – en fonction de l'étendue de l'hypothétique taux d'activité lucrative à temps partiel (consid. ATF 142 V 290 consid. 7).

14. a. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation

dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

c. Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3). A cet égard, l'ESS 2018 a été publiée le 21 avril 2020; l'ESS 2016, le 26 octobre 2018 (étant précisé que le tableau T1_tirage_skill_level a été corrigé le 8 novembre 2018) ; et l'ESS 2014, le 15 avril 2016.

d. Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées).

e. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du

cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

f. Depuis la 10^{e} édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3 p. 184). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêt du Tribunal fédéral 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et les références).

g. Bien que l'âge soit inclus dans le cercle des critères déductibles depuis la jurisprudence de l'ATF 126 V 75 – laquelle continue de s'appliquer (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2) – il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Encore récemment, le Tribunal fédéral a rappelé que l'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 précité consid. 5). Il a considéré qu'un assuré ayant accompli plusieurs missions temporaires, alors qu'il était inscrit au chômage consécutivement à la cessation d'activité de son ancien employeur, disposait d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel susceptible de compenser les désavantages compétitifs liés à son âge (59 ans au moment déterminant), surtout dans le domaine des emplois non qualifiés qui sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché équilibré du travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5; voir aussi arrêts du Tribunal fédéral 8C_403/2017 du 25 août 2017 consid. 4.4.1 et 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.4.3). À l'inverse, dans un autre arrêt récent rendu en matière d'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2), le Tribunal fédéral a retenu un taux d'abattement de 10% dans le cas d'un assuré âgé de 61 ans qui, durant de longues années, avait accompli des activités saisonnières dans le domaine de la plâtrerie et dont le niveau de formation était particulièrement limité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). En revanche, il a contesté un abattement dans le cas d'un assuré âgé de 55 ans au motif que ses excellentes qualifications personnelles, professionnelles et académiques constituaient un avantage indéniable en terme de facilité d'intégration sur le marché du travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_375/2019 du 25 septembre 2019 consid. 7.3).

h. Le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de constater que le travail à plein temps n'est pas nécessairement mieux rémunéré que le travail à temps partiel; dans certains domaines d'activités, les emplois à temps partiel sont en effet répandus et répondent à un besoin de la part des employeurs, qui sont prêts à les rémunérer en conséquence (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 8C_49/2018 du 8 novembre 2018 consid. 6.2.2.2). Cela étant, si selon les statistiques, les femmes exerçant une activité à temps partiel ne perçoivent souvent pas un revenu moins élevé proportionnellement à celles qui sont occupées à plein temps (cf., p. ex., arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2011 du 30 avril 2012 consid. 4.2.2), la situation se présente différemment pour les hommes; le travail à temps partiel peut en effet être synonyme d'une perte de salaire pour les travailleurs à temps partiel de sexe masculin (arrêt du Tribunal fédéral 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.2).

i. Selon le tableau T 18 « Salaire mensuel brut (valeur centrale) selon le taux d'occupation, la position professionnelle et le sexe » de l'ESS 2014, on constate en effet que les travailleurs occupés entre 50% et 74% perçoivent un salaire mensuel de CHF 5'714.- (calculé sur la base d'un taux d'occupation de 100%), soit un salaire moins élevé que celui versé en cas d'emploi à temps plein (taux d'occupation de 90% ou plus), lequel se monte à CHF 6'069.-. Dans la mesure où les statistiques démontrent que les travailleurs occupés entre 50% et 74% reçoivent un salaire mensuel inférieur de 5,84% à celui versé aux hommes travaillant à temps plein (taux d'occupation de 90% ou plus), il se justifie de procéder à un abattement supplémentaire pour ce motif (arrêt du Tribunal fédéral 9C_10/2019 du 29 avril 2019 consid. 5.2.2).

Une unilatéralité de fait ou une restriction de la main dominante peut justifier un abattement compris entre 20% et 25% (arrêts du Tribunal fédéral 9C_363/2017 du 22 juin 2018 consid. 4.3 et 9C_396/2014 du 15 avril 2015 consid. 5.2).

j. Cependant, lorsqu'il apparaît que l'assuré touchait un salaire nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité et que les circonstances ne permettent pas de supposer qu'il s'est contenté d'un salaire plus modeste que celui qu'il aurait pu prétendre, il y a lieu d'en tenir compte dans la comparaison des revenus en opérant un parallélisme des revenus à comparer (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et les arrêts cités). Le revenu effectivement réalisé doit être considéré comme nettement inférieur aux salaires habituels de la branche lorsqu'il est inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel dans la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3.2). En pratique, le parallélisme des revenus à comparer peut être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalide en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 134 V 322 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2010, op. cit., consid. 3.4).

k. En cas d’absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu’il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de

savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

l. Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même tabelle statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATF 119 V 475 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2). Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de références, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalide (abattement) est possible en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (cf. ATF 126 V 75 consid. 7b).

m. En cas de baisse de rendement, l'abattement doit être appliqué à la part du salaire statistique que l'assuré est toujours susceptible de réaliser malgré sa baisse de rendement et ne saurait en aucun cas être additionné au taux de la diminution de

rendement, puis il convient de déduire le résultat obtenu de ladite part salariale. La différence obtenue correspond à la perte de gain effective et donne le taux d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2017 du 12 mars 2018 consid. 5).

Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49%, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50%, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

n. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Lorsqu'on procède à une évaluation, celle-ci ne doit pas nécessairement consister à chiffrer des valeurs approximatives; une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour-cent peut aussi suffire. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100 %, tandis que le revenu d'invalide est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (comparaison en pour-cent; ATF 119 V 475 consid. 2b; ATF 114 V 313 consid. 3a; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1).

o. Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement les deux revenus en cause, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour personnes sans activité lucrative (art. 28*a* al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI [RS 831.201] et 8 al. 3 LPGA), procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (procédure extraordinaire d'évaluation de l'invalidité). La différence fondamentale entre la procédure extraordinaire d'évaluation et la méthode spécifique réside dans le fait que l'invalidité n'est pas évaluée directement sur la base d'une comparaison des activités; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 29 consid. 1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016, op. cit., consid. 5.4.2).

p. Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des

activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.2).

Pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi, il convient de se placer au moment où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.3). Si on ne peut pas attendre d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il reprenne une activité adaptée, le degré d'invalidité doit être déterminé en fonction de sa capacité de travail résiduelle dans l'activité qu'il exerçait avant la survenance de son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.3 et 5.4).

À titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 376/05 du 5 août 2005 consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail de 70% (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 304/06 du 22 janvier 2007 consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser sa capacité de travail résiduelle d'un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 392/02 du 23 octobre 2003 consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de 64 ans capable de travailler à 50% avec de nombreuses limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 401/01 du 4 avril 2002 consid. 4c). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur de 57 ans qui ne pourrait exercer d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2).

15. 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).

16. a. Aux termes de l'art. 88*a* al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 ; RAI), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

    b. Aux termes de l'art. 88*a* al. 2 RAI, si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable.

17. Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3). En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décide de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1 bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.2).

Cette règle, qu'il convient également d'appliquer dans son principe aux expertises judiciaires mono- et bi-disciplinaires (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (voir par exemple arrêt du Tribunal fédéral 8C_71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2). En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 précité consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.3).

18. En l’espèce, l’assurée invoque, certificat médical de son médecin traitant à l’appui, une aggravation de son état de santé ayant entraîné une diminution de la capacité de travail.

    L’intimé rejette cette hypothèse.

    Au vu de ce qui précède et du chiffre de 39% de taux d’invalidité retenu par l’OAI, qui est très proche du taux minimal de 40% nécessaire à l’octroi d’une rente d’invalidité, il se justifie de s’assurer que l’invalidité de la recourante a été fixée correctement et avec précision par l’autorité intimée. Dans ces conditions, la chambre de céans considère qu’il est nécessaire d’ordonner une expertise médicale qui sera confiée à un médecin orthopédiste.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise médicale judiciaire de Madame A_____. La confie au Docteur K_____, chirurgien orthopédiste et traumatologue, avenue de la Roseraie 76A, Genève.

Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

A. Prendre connaissance du dossier de la cause.

B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, notamment la Doctoresse C_____ (généraliste), les Docteurs E_____ (chef de clinique HUG), D_____ (chirurgien orthopédiste et traumatologie) et J_____ (médecin chef de la clinique de la douleur, la Tour), G_____ (chirurgien orthopédiste et traumatologie) et I_____ (rhumatologue).

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

D. Charge le Dr K_____ d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)

2. Plaintes de la personne expertisée

3. Status et constatations objectives

4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogenèse)

4.1. Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

4.4 Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

4.5 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis respectivement les mois d'octobre 2017, août 2018 et août 2019 ?

4.6 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).

4.7 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

4.8 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

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

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

5. Limitations fonctionnelles

5.1 Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

5.1.1 Dates d'apparition

5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Capacité de travail

6.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.

6.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?

6.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

6.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite / nulle ?

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

6.3.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

6.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ?

6.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

6.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis, respectivement octobre 2017, août 2018 et août 2019 ?

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

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

7. Traitement

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

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

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

8. Appréciation d'avis médicaux du dossier

8.1 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr D_____ selon rapport médical du 5 avril 2017 et compte-rendu de consultation du 11 juillet 2018 ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation d'une capacité de travail nulle de la personne expertisée dans l'activité habituelle (à réévaluer dans les 6 mois), puis à une capacité de travail dans une activité adaptée (non chiffrée) ? Si non, pourquoi ?

8.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis de la Dresse C_____ selon rapports médicaux du 23 mai 2017 et du 23 juin 2018, avis médical du 15 février 2019 et rapport médical du 25 avril 2019 ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation d'une capacité de travail nulle de la personne expertisée dans toute activité ? Si non, pourquoi ?

8.3 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr E_____ selon rapport médical du 15 août 2017 ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation d'une capacité de travail dans une activité adaptée de la personne expertisée de 100% ? Si non, pourquoi ?

8.4 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr G_____ selon réponses manuscrites sur courrier de l'OAI du 21 septembre 2018 ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation d'une capacité de

travail dans une activité adaptée de la personne expertisée de 100% ? Si non, pourquoi ?

8.5 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr J_____ selon rapport de consultation du 13 décembre 2018 ? En particulier avec les diagnostics et son avis du 9 août 2019 sur la capacité de travail ? Si non, pourquoi ?

8.6 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr H_____(SMR) selon avis médical du 23 août 2019 renvoyant au rapport du 16 novembre 2017 ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation d'une capacité de travail dans une activité adaptée de la personne expertisée de 100% depuis respectivement octobre 2017 puis dès août 2018 ? Si non, pourquoi ?

9. Quel est le pronostic ?

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

11. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles

E. Invite l'expert à déposer, **dans les meilleurs délais**, un rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.

La greffière Le président

Nathalie LOCHER Philippe KNUPFER

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