

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4188/2017

ATAS/947/2018

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 19 octobre 2018**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée au GRAND-LANCY, représentée  
par l'APAS-Assoc. permanence de défense des patients et assurés

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente;**

---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1961, originaire de Hongrie, mariée, mère d'un enfant né en 1988, est entrée en Suisse en 1997 ; elle est titulaire d'une autorisation d'établissement C.
2. Par communication du 29 août 2000, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a pris en charge deux appareils acoustiques en faveur de l'assurée, renouvelés le 26 septembre 2006.
3. L'assurée a travaillé comme barmaid pour B\_\_\_\_\_ Suisse S.A, restaurant C\_\_\_\_\_ du 19 février 2002 au 3 juillet 2004.
4. Le 9 juin 2006, l'assurée a requis de l'OAI une aide au placement en raison de sa surdité ; elle était au bénéfice d'un emploi temporaire cantonal de douze mois depuis le 1<sup>er</sup> juin 2006 comme employée de buffet.
5. Par communication du 16 novembre 2006, l'OAI a pris en charge une orientation professionnelle et un soutien dans les recherches d'emploi de l'assurée, mandat qui a cependant été clos le 6 février 2007 en raison de l'engagement de l'assurée dès le 28 mai 2007 par la communauté D\_\_\_\_\_ (ci-après : D\_\_\_\_\_), comme employée de salle à 80 %.
6. Dès le 24 août 2007, l'assurée a été en incapacité de travail totale, attestée par le docteur E\_\_\_\_\_, FMH médecine générale.
7. Le 4 septembre 2007, le docteur F\_\_\_\_\_, FMH spécialiste ORL et chirurgie cervico-faciale, a écrit à l'OAI qu'il était absolument nécessaire que l'assurée travaille dans une ambiance plus calme et moins bruyante que celle d'un restaurant.
8. Le 28 septembre 2007, le Service Médical Régional AI (ci-après : le SMR) a estimé que la capacité de travail de l'assurée était totale dans une activité adaptée et qu'il existait une indication médicale à un reclassement ou des MOP.
9. Le 25 novembre 2008, le mandat de placement a été clos jusqu'à l'avis du SMR.
10. Le 31 janvier 2009, le docteur G\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie, a attesté de diagnostic de troubles de l'adaptation chronique, avec caractéristiques émotionnelle mixtes et perte auditive, depuis le 29 octobre 2008, incapacitants   100 %. Il a confirmé l'atteinte le 9 novembre 2009.
11. Le 21 avril 2010, l'assurée a été examinée par le Dr H\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie, du SMR lequel a rendu un rapport le 10 mai 2010 concluant à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de serveuse et toute autre activité dans un environnement bruyant depuis octobre 2008 et une capacité de travail totale dans une activité adaptée depuis janvier 2009 ; il a posé un diagnostic de dysthymie F 34.1.
12. Le 20 juillet 2010, le dossier a été transmis à la réadaptation professionnelle pour une aide au placement.

13. Par communication du 30 mai 2011, l'OAI a pris en charge un stage de réentraînement au travail auprès de PRO, entreprise sociale privée.
14. L'assurée a suivi un stage du 16 mai au 12 août 2011, avec un taux de présence de 62,3 %. L'assurée avait eu des difficultés à faire face aux changements et n'avait pas pu montrer sa capacité à travailler en fonction des objectifs de la mesure (rapport PRO du 6 septembre 2011).
15. Le 14 juillet 2011, le Dr G \_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé psychiatrique de l'assurée s'était dramatiquement péjoré depuis la dernière consultation et que sa capacité de travail était nulle.
16. Par communication du 16 décembre 2011, l'OAI a pris en charge une prolongation du réentraînement au travail chez PRO et le 28 février 2012, un réentraînement en milieu économique.
17. Le 25 juin 2012, PRO a indiqué que la recherche d'un poste adéquat se faisait dans une niche économique peu ou pas compatible avec le marché.
18. Par communication du 11 septembre 2012, l'OAI a pris en charge un stage auprès de la société I \_\_\_\_\_ (ci-après : I \_\_\_\_\_), laquelle a conclu après deux semaines que l'assurée ne correspondait pas aux critères (difficultés de compréhension de la langue et pas de polyvalence dû aux problèmes de santé).
19. Le 3 décembre 2012, la réadaptation professionnelle a conclu que l'assurée pouvait travailler dans son activité habituelle pour autant qu'elle ne soit pas exposée à un environnement bruyant et a clos le mandat. La suite du stage chez I \_\_\_\_\_ (d'un mois) s'était très bien passée.
20. Par communication du 14 février 2013, l'OAI a constaté la réussite de la mesure de réadaptation professionnelle, l'assurée étant à même de réaliser un revenu excluant le droit à la rente.
21. Par communication du 5 mars 2013, l'OAI a pris en charge un appareillage acoustique binaural.
22. Le 29 octobre 2014, le Dr G \_\_\_\_\_ a attesté d'une dépression moyenne entraînant une incapacité de travail de 50 %.
23. Le 3 novembre 2014, le docteur J \_\_\_\_\_, FMH nez-gorge-oreille, a attesté d'une gêne importante de l'assurée dans les contacts sociaux, d'une intolérance importante aux bruits environnants et de difficultés à prononcer le français, dus à une surdité importante.
24. Le 4 novembre 2014, le Dr E \_\_\_\_\_ a attesté de différentes pathologies articulaires chez l'assurée ainsi qu'un état anxio-dépressif.
25. Le 18 novembre 2014, l'assurée a requis une mesure d'aide au placement, en indiquant que sa perte auditive s'était aggravée et qu'elle souffrait d'une cervicarthrose moyenne.

26. Le 11 décembre 2014, le SMR a estimé que des mesures supplémentaires n'étaient pas indiquées.
27. Par projet de décision du 15 décembre 2014, l'OAI a rejeté la demande d'aide au placement de l'assurée.
28. Le 13 janvier 2015, l'assurée, représentée par l'association genevoise des malentendants (ci-après : AGM), a écrit à l'OAI que l'activité de serveuse n'était pas compatible avec sa surdité et que, compte tenu de sa capacité de travail de 50 %, il convenait d'instruire son potentiel de réadaptation.
29. Le 9 février 2015, le SMR a estimé qu'il convenait d'instruire le cas médicalement, vu les nouvelles atteintes alléguées.
30. Le 25 février 2015, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée ne pouvait reprendre aucune activité (surdité grave, état anxio-dépressif grave, spondylarthrose, discopathie cervicale et lombalgies).
31. Le 10 avril 2015, le Dr G\_\_\_\_\_ a attesté d'une capacité de travail de 50 % dans toute activité en raison de surdité, trouble dépressif récurrent de gravité variant entre moyen à sévère avec dorsalgie et douleurs articulaires.
32. Le 13 avril 2015, le Dr J\_\_\_\_\_ a attesté d'une surdité bilatérale importante et une difficulté de compréhension verbale dans le bruit.
33. Le 21 mai 2015, le Dr E\_\_\_\_\_ a communiqué des copies de plusieurs bilans radiologiques effectués entre 2012 et 2015.
34. Le 27 septembre 2015, l'assurée a chuté dans des escaliers entraînant une fracture arrachement du trochiter humérus droit non déplacée, traitée aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG).
35. A la demande de l'OAI, le Dr G\_\_\_\_\_ a précisé le 12 octobre 2015 que l'assurée ne supportait pas les endroits bruyants ou avec de l'agitation, une ambiance de stress, en raison de ses problèmes d'ouïe et d'un état d'anxiété généralisé ; la capacité de travail était de 50 % depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2014.
36. A la demande de l'OAI, le Dr E\_\_\_\_\_ a précisé le 11 janvier 2016 que l'assurée présentait une surdité à 100 %, une dépression moyenne à grave, status après fracture de l'humérus droit, une polyarthralgie chronique et que son incapacité de travail était totale.
37. L'assurée a été soumise à un examen rhumatologique et psychiatrique au SMR le 11 juillet 2017 (docteurs K\_\_\_\_\_, FMH médecine physique et réadaptation, et L\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie). Un rapport a été rendu le 21 août 2017.

L'assurée se plaignait de douleurs à la nuque depuis 16 - 17 ans, en augmentation, de douleurs lombaires permanentes, à l'épaule droite, au pli de l'aîne ; il n'y avait pas de plainte du registre psychiatrique ; dans la description des activités quotidiennes, les experts mentionnent des plaintes d'intolérance aux milieux

bruyants, d'interaction négative avec l'environnement, de sentiment d'être incomprise par la société et de colère. Dans le status psychiatrique, l'expert mentionne une attitude pessimiste face à l'avenir, des idées suicidaires scénarisées, sans passage à l'acte. Les experts ont posé le diagnostic principal de syndrome de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite dans le cadre d'une entésopathie du sus-épineux, d'une arthrose acromio-claviculaire (M75.1) et aucun sur le plan psychiatrique ; comme diagnostics associés ils ont posé ceux de cervicalgies chroniques non déficitaires dans le cadre d'une spondylarthrose C4 – C5, C5-C6 et d'une légère arthrose étagée des articulations postérieures, une uncarthrose débutante en C7 ; lombalgies communes non déficitaires dans le cadre d'une spondylose étagée, d'une discopathie L4-L5 et L5-S1 et d'une légère arthrose des articulations postérieures de L3 à S1.

Le comportement douloureux ne s'expliquait que très partiellement par les atteintes ostéoarticulaires dégénératives qui étaient pour la plus part légères et évoquait une amplification des symptômes.

L'assurée présentait un trouble dépressif actuel moyen, sans syndrome somatique ; l'humeur était moyennement abaissée quoique fluctuante, il existait une diminution de l'intérêt et du plaisir ainsi qu'une réduction de l'énergie avec augmentation de la fatigabilité et une diminution de l'activité. Les troubles de la concentration présents au début de l'entretien avaient disparu par la suite. On relevait une diminution de l'estime de soi, une attitude morose face à l'avenir, des idées suicidaires scénarisées (veinosection ou électrocution avec un sèche-cheveux dans l'eau du bain), mais sans passage à l'acte antérieur.

L'assurée avait un ressenti douloureux supérieur à celui supposé pour les lésions organiques sous-jacentes ; cette exagération n'était toutefois pas délibérée ; elle présentait des ressources disponibles et mobilisables conservées et en cohérence avec l'anamnèse, de sorte que la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques n'était pas incapacitante.

L'incapacité de travail était totale comme aide de cuisine depuis le 27 septembre 2015 (date de la fracture de l'humérus) et nulle dès le 27 décembre 2015 dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : épaule droite : pas d'activités au-dessus de l'horizontal, ports de charges au-delà de 1kg au-dessus de l'horizontal, mouvements répétitifs contre-résistance. Colonne cervicale : activités au-dessus de l'horizontal, ports de charges répétitifs au-delà de 5kg, posture prolongée en flexion ou extension cervicale, mouvements répétitifs de flexion / extension ou rotation cervicales. Colonne lombaire : marche au-delà d'une heure, position debout au-delà de trente minutes, ports de charges au-delà de 5kg, posture en porte-à-faux lombaire, mouvements répétitifs de flexion / extension ou rotation lombaires, position assise au-delà de deux heures. Dans une activité permettant l'alternance des positions assis-debout, sans port de charges au-delà de 5kg ni activités au-dessus de l'horizontal, il n'y avait pas d'incapacité de travail.

---

Sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle.

38. Par décision du 18 septembre 2017, l'OAI a prononcé la fin de l'aide au placement et calculé un degré d'invalidité de 10 %, insuffisant pour avoir le droit à une rente ; le revenu sans et avec invalidité était fondé sur l'ESS 2014, TA 1, femme, total, activité de niveau 1, à 100 % ; le revenu d'invalidité bénéficiait d'une déduction de 10 % en raison de l'âge de l'assurée et des limitations fonctionnelles.
39. Le 18 octobre 2017, la recourante, représentée par l'APAS, association permanence de défense des patients et assurés, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, en concluant à son annulation et à la constatation de son droit à toutes les prestations de l'assurance-invalidité. Elle a complété son recours le 23 février 2018.

Le rapport du SMR n'était pas probant ; le volet psychiatrique ignorait ses nombreuses plaintes et ne retenait pas de troubles mnésiques en raison d'un contexte de démonstrativité et d'amplification qui n'était pas motivé ; les limitations fonctionnelles dont faisait état le Dr G\_\_\_\_\_ n'étaient pas prise en compte ; les diagnostics de trouble dépressif récurrent et trouble de la personnalité dyssociale étaient écartés sans explication et le caractère non incapacitant de l'épisode dépressif de gravité moyenne n'était pas motivé ; le rapport du SMR n'appliquait pas, à tort, la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral.

L'appréciation rhumatologique se basait sur de nombreuses limitations qui étaient inexistantes dans le rapport d'examen.

Par ailleurs, un taux d'abattement de 20 % au lieu de 10 % devait être appliqué compte tenu de sa surdité totale, de son âge, de ses difficultés en Français et de son absence du monde du travail depuis 2006. Elle a sollicité une expertise judiciaire rhumatologique et psychiatrique.

Elle a communiqué un rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 20 janvier 2018 selon lequel elle présentait un trouble dépressif récurrent et des traits de personnalité dyssociale ; les souffrances psychiatriques, secondaires aux souffrances somatiques, s'étaient amplifiées les dernières années, par la non-reconnaissance de ses troubles somatiques ; sa vie était une série d'injustices ; elle avait une faible tolérance à la frustration et pouvait réagir avec de l'agressivité ; elle présentait une dépression chronicisée ; l'incapacité de travail de 50 % était motivée pour une fatigabilité, un manque d'adaptabilité, de la susceptibilité et une incapacité d'établir des relations de longue haleine avec des collègues.

40. Le 16 mars 2018, le docteur M\_\_\_\_\_ du SMR a rendu un avis selon lequel les arguments de la recourante n'étaient pas convaincants et le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 20 janvier 2018 confirmait le rôle prépondérant des plaintes douloureuses dans le trouble dépressif, l'absence de sévérité des atteintes psychiques, vu les consultations seulement mensuelles, le ressentiment de l'assurée

envers la société et les institutions, et estimait une capacité de travail de 50 % de façon subjective.

41. Le 27 mars 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que le rapport du SMR du 21 août 2017 était probant, nonobstant le changement de jurisprudence (ATF 141 V 281 ; ATF 143 V 418) ; il se ralliait à l'appréciation du SMR du 16 mars 2018. Une expertise judiciaire n'était pas nécessaire. Enfin, une déduction de 10 % sur le salaire d'invalidé prenait en compte l'âge et les limitations fonctionnelles de la recourante.
42. Le 3 mai 2018, la recourante a indiqué qu'elle n'avait pas de commentaire à apporter à l'écriture de l'OAI du 27 mars 2018.
43. Le 25 juin 2018, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

La recourante a déclaré : « Je ne vais pas très bien, j'ai actuellement la tension à 170, j'ai mal au dos, au bras droit et à la nuque. Je suis actuellement prise en charge par l'Hospice général depuis 10 ans. Mon dernier emploi était le stage que j'ai effectué à la I\_\_\_\_\_, placée par l'AI.

Depuis 2008 je suis suivie par le Dr G\_\_\_\_\_ pour une dépression. Je m'y rends une fois par mois. Depuis 2014, mon état dépressif s'est aggravé. J'aimerais bien travailler mais j'en suis incapable en raison des douleurs à la tête et au dos. Comme je suis sans travail depuis longtemps je sais que je n'arriverai plus à travailler avec des gens. Je souffre au quotidien, ce qui me rend nerveuse. J'ai aussi de la peine à entrer en contact avec les gens en raison du fait que je suis malentendante. Je suis constamment dans l'énervement car je dois poser plusieurs fois les questions aux personnes qui me parlent. J'ai des bronchites à répétition qui nécessitent la prise d'antibiotiques.

Ce qui m'empêche principalement de travailler c'est la fatigue physique et mentale. J'ai des douleurs quotidiennes, également la nuit. Par exemple cette nuit j'ai eu l'impression qu'on m'arrachait les deux cuisses. Je prends régulièrement des médicaments dont des antidouleurs.

J'ai consulté un médecin à la Clinique des Grangettes qui a attesté que j'avais des problèmes osseux dans le haut des jambes et le bas du dos. Je vois le Dr E\_\_\_\_\_, qui est mon médecin traitant, régulièrement. Celui-ci m'a d'ailleurs opérée d'un kyste au sein dernièrement.

J'ai été examinée par un médecin au SMR qui était extrêmement sévère. Il m'a parlé comme à un chien, il a crié et il a pris pendant une heure des mesures sur tout mon corps. Ensuite j'ai vu la médecin psychiatre qui a parlé pas plus de cinq minutes avec moi en me posant quatre questions, soit si je consultais le Dr G\_\_\_\_\_, si j'en étais contente, si j'avais des contacts avec des gens à l'extérieur et l'âge de mon fils. Elle a ensuite parlé avec la traductrice, laquelle lui a expliqué son propre problème de santé, qui était selon elle similaire au mien et dont

elle avait guéri. Elles ont ensuite évoqué le fait que je faisais moins que mon âge et que je n'avais pas l'air malade.

S'agissant de mes journées, je dors beaucoup car j'ai des insomnies la nuit. J'arrive à faire des courses à la Migros près de chez moi et à cuisiner, mais je ne mange pas beaucoup. Je ne fais pas de grande cuisine car je n'ai pas beaucoup d'appétit.

Je souligne aussi que j'ai des douleurs à l'estomac intenses et que je vais devoir consulter le Dr E\_\_\_\_\_ pour cela ».

L'avocate de la recourante a déclaré : « Nous demandons une expertise rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne. Cette dernière spécialité est demandée notamment en raison de l'hypertension de la recourante et de son kyste au sein. La question de la diminution de rendement de la recourante n'a pas été examinée par le SMR ».

44. Le 10 septembre 2018, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une expertise psychiatrique au docteur N\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie, et leur a imparti un délai pour faire valoir leurs observations.
45. Le 18 septembre 2018, l'intimé a considéré qu'une expertise judiciaire n'était pas justifiée, tout en indiquant qu'il n'avait ni motif de récusation, ni questions complémentaires à faire valoir.
46. Le 17 octobre 2018, la recourante a indiqué ne pas avoir de motif de récusation à l'encontre de l'expert et a sollicité de la chambre de céans le rajout de questions à la mission d'expertise.

### **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 1<sup>er</sup> 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. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985, LPA - E 5 10).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail.
5. Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

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. Selon 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. 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.
7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve

---

de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

8. a. S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la

personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).

Ces indicateurs sont classés comme suit :

### I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

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

#### A. Axe « atteinte à la santé »

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

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1).

##### 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

##### 3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité

(arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

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

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

#### C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

### II. Catégorie « cohérence »

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

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

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

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

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

b. La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a).

9. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie »

---

(ATF 140 V 193 consid 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C\_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

En particulier, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

10. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la

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

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

e. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant 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).

f. Une expertise sur pièces n'apporte pas d'élément décisif s'agissant d'une atteinte à la santé psychique, dont les effets sur la capacité de travail impliquent un examen personnel de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 455/06 du 22 janvier 2007 consid. 6.2). Les expertises psychiatriques sur dossier ne sont admissibles qu'à titre exceptionnel, et seulement lorsque l'intéressé a déjà fait l'objet d'une ou plusieurs expertises, lesquelles doivent de surcroît être récentes et qu'aucune modification essentielle (identité du tableau clinique) n'est intervenue depuis. Une expertise sur dossier peut aussi être envisagée lorsque la personne à examiner n'est que difficilement atteignable ou refuse de se soumettre à l'examen. C'est à l'expert de déterminer si son mandat est réalisable dans de telles conditions (ATF 127 I 54 consid. 2f).

---

g. Un rapport du SMR (art. 49 al. 3 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1).

h. 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. 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. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

i. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4).

11. 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).

12. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). 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).

b. 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 (Cst, RS 101; 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).

c. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical ou 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. 4.4.1.4).

13. a. 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 (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). 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 sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). 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 des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. 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'invalidité, 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'invalidité 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).

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).

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).

---

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'invalidité 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).

14. 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 LPG), 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 LPG, 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). Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit 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 totalement étrangers à l'invalidité (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_286/2015, op. cit, consid. 4.2 et 9C\_602/2015, op. cit., consid. 6.1).

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).

15. 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 table 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'invalidité (abattement) est possible en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (cf. ATF 126 V 75 consid. 7b).

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).

16. 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).
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 bidisciplinaires (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'occurrence, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'examen du SMR du 21 août 2017, comprenant un volet rhumatologique et un volet psychiatrique, pour retenir que la recourante présente une capacité de travail nulle dans son activité habituelle d'aide de cuisine et de 100 % dans une activité adaptée depuis le 27 décembre 2015, soit respectant les limitations fonctionnelles dues aux atteintes de la colonne cervicale et lombaire, de sorte que le degré d'invalidité était de 10 %.

La recourante conteste la valeur probante de l'expertise du SMR.

A cet égard, il convient de constater que, du point de vue rhumatologique, aucun avis médical au dossier ne remet en cause l'appréciation du SMR, soit les

diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de cervicalgies chroniques non déficitaires dans le cadre d'une spondylose C4-C5, C5-C6 et d'une légère arthrose étagée des articulations postérieures, une uncarthrose débutante en C7, des lombalgies communes non déficitaires dans le cadre d'une spondylose étagée, d'une discopathie L4-L5 et L5-S1 et d'une légère arthrose des articulations postérieures de L3 à S1, ainsi que les limitations fonctionnelles en découlant (rapport SMR p. 12 et 16).

La recourante se borne à contester la présence de nombreuses autolimitations, d'une amplification des symptômes et l'ignorance par l'expert de limitations spontanées en raison des douleurs lombaires. Elle ne conteste pas les diagnostics retenus et les limitations fonctionnelles constatées. Ainsi, même si les conditions dans lesquelles l'examen rhumatologique s'est, selon la description de la recourante, déroulé (procès-verbal d'audience du 25 juin 2018), lesquelles pourraient faire douter de la valeur probante de celle-ci, cette critique n'est pas suffisante, à elle-seule, pour remettre en cause les constatations et conclusions du rapport d'examen rhumatologique du SMR.

Il n'en est pas de même du volet psychiatrique du rapport du SMR. L'experte affirme d'emblée dans le status psychiatrique que les troubles mnésiques de la recourante doivent être intégrés dans un contexte de démonstrativité et d'amplification, lequel n'est cependant pas motivé ; elle explique que la majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques peut être retenue et correspond à un ressenti des douleurs supérieur à celui que ne laisserait supposer les lésions organiques sous-jacentes ; cette conclusion ne permet cependant pas de comprendre pourquoi les troubles mnésiques relèveraient d'une amplification des symptômes. Par ailleurs, l'experte mentionne une humeur moyennement abaissée, une nette diminution de l'intérêt et du plaisir, une réduction de l'énergie, une diminution de l'activité, de la concentration et de la confiance en soi ainsi qu'une attitude pessimiste face à l'avenir et des idées suicidaires. Elle souligne qu'il existe une dépression, laquelle n'est pas plus marquée le matin (rapport du SMR du 21 août 2017 p. 11). Elle relève que les Drs E\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ ont retenu, en 2015, un diagnostic d'état anxio-dépressif grave et de trouble dépressif récurrent, moyen à sévère et que ce dernier a attesté d'un état de santé dramatiquement péjoré depuis 2011. Elle pose cependant le diagnostic de trouble dépressif actuel moyen, sans syndrome somatique et sans caractère incapacitant, en excluant un trouble dépressif récurrent au motif que la dépression chronique de l'humeur n'est pas suffisamment sévère ou les différents épisodes sont trop brefs, et cela malgré la reconnaissance d'un trouble thymique chronique évoluant depuis 2004 (rapport du SMR du 21 août 2017 p. 15 - 16).

Son appréciation du cas n'est ainsi pas convaincante. De surcroît, elle est clairement contestée par les avis du Dr E\_\_\_\_\_ et, en particulier, celui du Dr G\_\_\_\_\_, lesquels ont attesté de troubles psychiques incapacitants depuis à tout le moins 2011, d'abord à 100 %, puis à 50 % (avis des Drs E\_\_\_\_\_ des 4 novembre

2014, 25 février 2015 et 11 janvier 2016, et G\_\_\_\_\_ des 14 juillet 2011, 29 octobre 2014, 10 avril, 12 octobre 2015 et 20 janvier 2018).

Dans son dernier avis, le Dr G\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent et traits de personnalité dyssociales ; il suivait la recourante depuis 2008 et avait constaté une amplification ces dernières années des souffrances psychiatriques ; l'incapacité de travail de 50 % était motivée par la fatigabilité, le manque d'adaptabilité et l'incapacité à établir des relations de longue haleine avec des collègues.

Au vu de ce qui précède, le rapport psychiatrique du SMR du 21 août 2017 n'est pas entièrement probant, de sorte qu'une expertise judiciaire psychiatrique se justifie. Celle-ci sera confiée au docteur N\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie, à Aigle.

Les questions complémentaires proposées par la recourante seront ajoutées à la mission d'expertise [IV. 14 c) ; IV. 15 bb) ; V dd)].

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

**Statuant préparatoirement**

- I. Ordonne une expertise psychiatrique de Mme A\_\_\_\_\_.
- II. Commet à ces fins le docteur N\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie, à Aigle.
- III. 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 Mme A\_\_\_\_\_ :
  - c) examiner et entendre Mme A\_\_\_\_\_, après s'être entourés de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes;
  - d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.
- IV. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
  1. Anamnèse détaillée.
  2. Plaintes et données subjectives de la personne.
  3. Status clinique et constatations objectives.
  4. Diagnostics selon la classification internationale.  
Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).
  5. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?
  6. Les plaintes sont-elles objectivées ?
  7. 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 Mme A\_\_\_\_\_).
  8. 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) ?

9. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
10. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?
11. Mme A\_\_\_\_\_ a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?
12. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?
13. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?
14. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne,
  - a) dans l'activité habituelle
  - b) dans une activité adaptée.
  - c) dans quelle mesure les limitations fonctionnelles causées par la surdité de Mme A\_\_\_\_\_ se cumulent-t-elles avec les limitations fonctionnelles sur le plan psychique pour limiter sa capacité de travail ?
15. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de Mme A\_\_\_\_\_, en pourcent,
  - a) dans l'activité habituelle
  - b) dans une activité adaptée.
  - bb) dans quelle mesure la surdité de Mme A\_\_\_\_\_ impacte-t-elle sa capacité d'intégration dans une éventuelle activité adaptée ?
16. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution.
17. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté.
18. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
19. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.

20. Commenter et discuter les avis médicaux du SMR, des experts s'étant déjà prononcés et des médecins traitants et indiquer - cas échéant - pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés.

21. Formuler un pronostic global.

22. Toute remarque utile et proposition des experts.

V. S'agissant plus particulièrement des troubles psychiques, charge l'expert psychiatre de répondre également aux questions suivantes :

- a) Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
- b) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?
- c) Existe-t-il un trouble de la personnalité ou, une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?

Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Motiver votre position.

- d) De quelles ressources mobilisables Mme A\_\_\_\_\_ dispose-t-elle ?
- dd) Dans quelle mesure la surdité et les limitations fonctionnelles en découlant réduisent-elles les ressources mobilisables dont Mme A\_\_\_\_\_ dispose ?
- e) Quel est le contexte social ? Mme A\_\_\_\_\_ peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?
- f) Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de Mme A\_\_\_\_\_ à reconnaître sa maladie ?
- g) Dans l'ensemble, le comportement de Mme A\_\_\_\_\_ vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ?

VI. a) Etes-vous d'accord avec l'appréciation de la Dre L\_\_\_\_\_, du SMR, du 21 août 2017 ? Si non pourquoi ?

b) Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr M\_\_\_\_\_, du SMR, du 16 mars 2018 ? Si non pourquoi ?

c) Etes-vous d'accord avec l'appréciation du Dr G\_\_\_\_\_ du 20 janvier 2018 ? Si non pourquoi ?

VII. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

VIII. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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