

GE_GERICHTE ATAS/710/2021 vom 30. Juni 2021

GE Cour de justice, 2021-06-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_710_2021

FR: GE_GERICHTE ATAS/710/2021 du 30 juin 2021

IT: GE_GERICHTE ATAS/710/2021 del 30 giugno 2021

Erwägungen

E. 1

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

E. 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.

E. 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).

E. 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.

A/4235/2019 - 8/17 -

E. 4.3

; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

E. 5

Le litige porte sur le droit à la rente de la recourante.

E. 6

En premier lieu, la recourante se prévaut de la violation de son droit d'être entendu, du fait que l'intimé ne lui a pas notifié un nouveau projet de décision après l'annulation de sa décision du 2 septembre 2019 et la reprise de la procédure d'audition. a. En vertu de l'art. 57a LAI, l'office AI est tenu de communiquer à l'assuré un préavis au sujet de la décision finale qu'il entend prendre. L'assuré a le droit d'être entendu (al. 1). Les parties peuvent faire part de leurs observations concernant le préavis dans un délai de 30 jours (al. 2). b. En l'espèce, l'intimé a envoyé le 25 juin 2019 un préavis au sens de l'art. 57a al. 1 LAI. Par la suite, il n'a pas modifié son projet de décision, mais a annulé uniquement sa décision du 2

septembre suivant. Le projet de décision étant resté identique, l'intimé n'avait pas à envoyer un nouveau projet, ayant déjà satisfait à l'obligation d'envoyer un préavis afin de respecter le droit d'être entendu. L'annulation de la décision du 2 septembre 2019 avait uniquement pour conséquence la reprise de la procédure d'audition et l'examen des observations de la recourante du 30 août 2019 avant de statuer par une décision formelle. Partant, ce grief est infondé.

E. 7

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).

E. 8

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

A/4235/2019 - 9/17 - 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).

E. 9

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.

E. 10

a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à

prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). b. Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il est à préciser à cet égard que les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1). Notre Haute Cour a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique

A/4235/2019 - 10/17 - à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références). Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé, la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de 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, de 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 psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2). c. L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence). d. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il

n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid.

E. 11

Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, 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 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 incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141

A/4235/2019 - 11/17 - V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence). Il y a lieu de se fonder 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). - Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3), A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1) Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3). B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2) C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3) - Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4) Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid.

E. 12

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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points

A/4235/2019 - 12/17 - 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. 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). d. 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 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).

A/4235/2019 - 13/17 -

E. 13

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).

E. 14

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 a Cst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 15

a. En l'occurrence, la recourante a fait l'objet d'une expertise sur les plans de médecine interne, rhumatologie, orthopédie et psychiatrie. Selon les experts, elle présente les diagnostics suivants, avec impact sur la capacité de travail : arthrose débutante des IPD des deux mains, tenosynovite du tendon fléchisseur du 5^{ème} doigt à gauche, lombalgies basses sur protrusion discale L4-L5 médiane et paramédiane gauche avec arthrose interfacettaire postérieure L4-L5 et L5-S1 gauche, syndrome des loges antéro-externe et postérieur bilatéral des jambes, talalgies bilatérales avec une insertionite de l'aponévrose plantaire aux deux calcaneums. Dans les diagnostics sans impact sur la capacité de travail, est mentionné notamment un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Le syndrome des loges aux deux jambes entraîne une impossibilité à maintenir la station debout statique et des difficultés à monter et à descendre les escaliers. Il impose de marcher lentement et limite le périmètre de marche à 200 m environ. Les lombalgies basses limitent les efforts de soulèvement à partir du sol, les positions de porte à faux ou tronc fléchi en avant et le port de charges lourdes de plus de 5 kg. La ténosynovite du tendon fléchisseur du 5^{ème} doigt à gauche et l'arthrose débutante des IPD des deux mains contre-indiquent les mouvements répétitifs de la main et le port d'objets lourds à bout de bras. Par ailleurs, même si l'épisode dépressif moyen ne peut être reconnu comme invalidant, il implique une limitation fonctionnelle pour le maintien d'une attention et d'une concentration importante. La capacité de travail globale dans l'activité habituelle est de 25% depuis septembre 2017, soit à 50% avec une diminution de rendement de 50%.

A/4235/2019 - 14/17 - L'incapacité de travail est liée uniquement à la problématique orthopédique et rhumatologique. La capacité de travail est de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. b. Cette expertise remplit en principe tous les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Elle a été en effet établie en connaissance du dossier médical complet, prend en considération les plaintes de la recourante et repose sur des examens approfondis. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes.

E. 16

La recourante conteste la valeur probante de cette expertise au motif que les experts n'indiquent pas pourquoi elle présente encore une capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ni quelles activités elle pourrait encore exercer. Elle reproche aussi aux experts de s'être écartés des appréciations de la capacité de travail par son médecin traitant sans indiquer pour quelles raisons. Enfin, elle juge l'expertise lacunaire

en ce que les experts n'ont pas retenu un syndrome douloureux chronique. a. Il ne fait pas de doute que si une activité professionnelle respecte les limitations fonctionnelles, elle peut être exercée à 100% par la personne atteinte dans sa santé. Partant, la conclusion dans ce sens des experts n'est guère critiquable, étant rappelé qu'ils ont retenu des limitations pour la station debout statique, la marche rapide, la montée et la descente d'escaliers, les positions de porte à faux, le port de charges et les mouvements répétitifs de la main. Au niveau cognitif, il y a une limitation pour la concentration et l'attention. b. Savoir si une activité adaptée existe constitue une autre question. Comme l'intimé l'a relevé à juste titre, il n'appartient pas aux médecins de répondre à cette question, mais aux spécialistes en réadaptation (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). En ce que l'expertise ne répond pas à cette question, elle ne peut donc être considérée comme lacunaire. c. Comme exposé ci-dessus, le fait qu'une expertise s'écarte de l'avis du médecin traitant ne peut justifier la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, à moins que les médecins traitants fassent état d'éléments objectivement vérifiables et pertinents qui ont été ignorés dans le cadre de l'expertise. En l'espèce, les experts avaient connaissance de l'appréciation de la médecin traitante et c'est donc en toute connaissance de cause qu'ils s'en sont écartés. La recourante ne fait pas non plus état d'un élément médical nouveau qu'ils auraient ignoré. Les experts admettent en outre que la recourante présente une incapacité de travail de 25% en tant que femme de ménage, ce qui correspond à son taux d'activité de 50% au moment de l'expertise avec un rendement de 50%. Il est vrai qu'on pourrait douter qu'elle puisse encore travailler à 25% dans ce métier au vu du témoignage de M. M_____. Quel employeur accepterait par ailleurs que sa femme de ménage prenne deux fois plus de temps pour le nettoyage ? Toutefois, dès lors qu'une

A/4235/2019 - 15/17 - capacité de travail dans une activité adaptée a été admise, cette question peut rester ouverte. d. S'agissant du diagnostic de trouble somatoforme persistant, il sied de relever que seule la Dresse G_____ en fait état, en mettant entre parenthèse « fibromyalgie ». Il est vrai que ce dernier diagnostic doit être posé par le rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3 p. 72), contrairement au syndrome douloureux chronique dont le diagnostic est dans la compétence du psychiatre. In casu, l'expert rhumatologue a bel et bien examiné si la recourante souffrait d'une fibromyalgie et est arrivé à la conclusion que ce diagnostic devait être écarté. En effet, à la page 26 de l'expertise, il déclare expressément « Pas de signes de fibromyalgie aux membres supérieurs », puis plus loin « Pas de signes de fibromyalgie aux membres inférieurs ». Aucun trouble somatoforme persistant n'a pour le surplus été constaté, dès lors qu'il n'y a pas d'incohérence, sur le plan orthopédique et rhumatologique, entre les plaintes de la recourante, l'examen clinique et les diagnostics. La seule incohérence constatée concerne l'intensité des plaintes. Toutefois, l'allégation de douleurs insupportables n'est pas crédible, dans la mesure où il n'est pas perçu de faciès exprimant une douleur morale ou une douleur physique. Étant donné que l'intensité des douleurs ne peut être mesurée, il y a lieu de l'apprécier en fonction des indicateurs jurisprudentiels susmentionnés, lorsque cette intensité ne peut être corrélée à un substrat organique subjectif. Or, l'incohérence constatée exclut en l'occurrence que la douleur alléguée puisse être considérée comme incapacitante. e. Les griefs de la recourante sont dès lors infondés et ne sont pas propres à mettre en cause la valeur probante de l'expertise.

E. 17

S'agissant d'une activité adaptée, l'intimé a cité des activités de surveillance, de contrôle dans l'industrie légère, notamment à l'établi et dans le conditionnement léger (par exemple

remplissage de boîtes de médicaments, de chocolats, de crayons, de produits esthétiques etc.). Cependant, en raison des limitations fonctionnelles relevées par les experts, il y a de sérieux doutes que ces activités soient adaptées. En ce qui concerne le conditionnement léger à la main, il paraît douteux qu'une telle activité existe encore dans l'économie du marché, dans la mesure où l'industrie est de plus en plus mécanisée. De surcroît, une telle activité n'est pas adaptée aux handicaps de la recourante, étant rappelé que, selon les experts, les mouvements répétitifs des mains sont proscrits. Concernant le contrôle, un tel travail semble contre-indiqué compte tenu des problèmes de maintien de l'attention. Au demeurant, le service de réadaptation n'est pas en mesure d'indiquer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante, sans avoir pu l'observer.

A/4235/2019 - 16/17 - Partant, il y a lieu de suivre les conclusions de l'intimé et de lui renvoyer la cause pour instruction complémentaire sous forme d'une mesure d'orientation professionnelle.

E. 18

Tant que cette orientation professionnelle n'a pas été exécutée, il n'y a pas lieu de porter une appréciation définitive sur la capacité de travail de la recourante. En effet, 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, 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 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 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). Dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

E. 19

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision annulée. La cause sera par ailleurs renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.

E. 20

La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet

1986 [RFPA - E 5 10.03]). Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

A/4235/2019 - 17/17 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.