

GE_GERICHTE A/2057/2018 vom 1. Oktober 2019

GE Cour de justice, 2019-10-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2057_2018

FR: GE_GERICHTE A/2057/2018 du 1 octobre 2019

IT: GE_GERICHTE A/2057/2018 del 1 ottobre 2019

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à CAROUGE recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1960, a déposé une demande de prestations AI auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : OAI) le 23 juin 2014, alléguant souffrir depuis deux ans de problèmes à l'articulation du pouce gauche, et au canal carpien gauche. Titulaire d'un certificat de capacité de vendeuse, elle travaillait depuis le 1^{er} juillet 1988 en tant que préposée au guichet à l'office cantonal des véhicules, à un taux de 70 %. 2. Selon le rapport du 6 février 2012 de la doctoresse B_____, spécialiste FMH en neurologie, l'assurée souffrait d'une neuropathie bilatérale du nerf médian dans le canal carpien prédominant à gauche. Cette neuropathie n'expliquait pas l'importance des dysesthésies et de la sensation de froid observées au niveau des deux pouces, qui était probablement d'origine radiculaire. 3. Dans un rapport du 3 mars 2014, la Dresse B_____ a confirmé son diagnostic. Il n'y avait pas de progression de la neuropathie du nerf médian gauche dans le canal carpien, étant précisé que l'assurée présentait des acroparesthésies nocturnes insomniantes et une légère diminution de la sensibilité dans le territoire du nerf médian gauche. Une libération chirurgicale du nerf médian gauche dans le canal carpien était souhaitable dans le cadre de l'opération d'une rizarthrose à gauche, prévue prochainement. 4. Dans un rapport de consultation de chirurgie de la main du 11 mars 2014, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, et chef de clinique à l'unité de chirurgie de la main des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a retenu comme diagnostic une arthrose trapezometacarpienne gauche et proposé de procéder à une trapèzectomie de suspension. L'assurée, droitrière, effectuant un travail de bureau répétitif, présentait des douleurs en permanence à la base du pouce gauche. 5. L'assurée a été opérée le 26 mars 2014 par trapèzectomie et ligamentoplastie. Dans le compte-rendu opératoire du 28 mars 2014, le Dr C_____ a confirmé le diagnostic de rizarthrose du pouce gauche, et indiqué que l'assurée présentait également des disesthésies confirmant la présence d'un tunnel carpien débutant. À teneur de la lettre de sortie du 10 avril 2014, l'intervention s'était bien déroulée et l'assurée était sortie le 28 mars 2014. 6. Dans un rapport du 20 juillet 2014 adressé à l'OAI, le Dr C_____ a retenu comme causes de son incapacité de travail une trapèzectomie au pouce gauche et une cure de syndrome du tunnel carpien gauche depuis le 26 mars 2014, et une algoneurodystrophie en début. Elle était actuellement en incapacité de travail à 100 %, à évaluer le 27 juillet 2014. 7. Le 4 août 2014, l'assurée a repris le travail à raison de trois heures par jour (soit 50 % de son taux contractuel). 8. Une visite de son poste de travail a eu lieu le 24 septembre 2014 par une infirmière du service de santé du personnel de l'État. Des mesures ont été proposées en vue

d'assurer une meilleure ergonomie de son poste de travail. 9. L'assurée a été reçue à l'OAI pour un entretien le 7 octobre 2014. Elle souhaitait une adaptation de son poste de travail. Elle se plaignait de mobilité limitée et de douleurs au pouce depuis son opération au tunnel carpien de la main gauche du 26 mars 2014. Ses douleurs au niveau des cervicales s'étaient aggravées et irradiaient dans l'extrémité supérieure gauche. Les doigts de ses deux mains étaient en permanence « glacés ». Elle se réveillait plusieurs fois par nuit en raison des douleurs. Elle aimait son travail et visait une reprise de l'activité habituelle au taux contractuel le plus vite possible. Au niveau de sa situation familiale, elle était divorcée et vivait avec ses deux enfants de 19 et 23 ans qui étaient encore en études. 10. Par communication du 9 octobre 2014, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il prenait en charge les frais pour un « Mouse Trapper Advanced Black » (adaptation du poste de travail). 11. Le 10 novembre 2014, l'assurée a été traitée par une infiltration périradiculaire de cortisone au niveau des cervicales. 12. Dans un rapport du 2 février 2015, le docteur F_____, spécialiste FMH en neurochirurgie et médecin adjoint agrégé du service de neurochirurgie des HUG, a indiqué que l'infiltration avait mené un résultat relativement positif sur les douleurs, avec une baisse de celles-ci au niveau des cervicales. Le diagnostic était une cervicobrachialgie C6 gauche, légèrement déficitaire, sur une discarthrose pluri-étagée prédominant en C5-C6 avec comblement du foramen gauche. L'assurée devrait pouvoir progressivement reprendre une activité de préposée au guichet à 70 %. Dans un poste adapté, elle n'aurait aucune limitation fonctionnelle, temporaire ou définitive. 13. Par courrier du 19 février 2015 adressé au docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, en endocrinologie et médecin associé en santé-travail de l'office du personnel de l'État, le docteur E_____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a indiqué que les deux problèmes pris en charge par les Drs C_____ et F_____ entraient dans un syndrome plus complexe nécessitant une attention constante de sa part. Sa capacité de travail restait actuellement réduite, mais il était confiant quant à une possible amélioration ces prochains mois. 14. Le 25 mars 2015, le Dr D_____ a émis un préavis médical, indiquant qu'une reprise à 100 % du poste était probablement envisageable à la fin du mois de mai ou en juin 2015. Il convenait d'observer les limitations fonctionnelles, à savoir une diminution de la force et de la mobilité du bras et de la main gauche. Dans la mesure du possible, une partie de l'activité impliquant l'usage du bras gauche devrait être remplacée par une fonction plus légère, telle l'accueil téléphonique. Les limitations devaient être réévaluées d'ici à une année, étant précisé que la situation médicale n'était pas entièrement stabilisée. 15. Le service médical régional a émis un avis le 7 avril 2015. Compte tenu de la bonne évolution des différentes atteintes ostéo-articulaires, il peinait à comprendre la persistance de l'incapacité de travail. Il convenait donc de demander au Dr E_____ d'indiquer les atteintes incapacitantes et non incapacitantes, les limitations fonctionnelles et la confirmation de la reprise à son taux habituel au mois de juin 2015. 16. Le 1^{er} juin 2015, l'assurée a repris le travail à son taux habituel de 70 % dans une activité partiellement adaptée : elle passait trois matinées par semaine à l'accueil téléphonique, et le reste au guichet, en variant les postures de travail. 17. Par courrier du 9 juillet 2015, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait en charge, à titre de mesures d'intervention précoce sous la forme d'une adaptation du poste de travail, les frais pour un logiciel de dictée vocale, permettant de décharger ses mains de la saisie clavier. 18. Dans un courrier du 1^{er} octobre 2015 adressé à l'OAI, le Dr E_____ a indiqué que l'assurée présentait sur le long terme une capacité de travail réduite, estimée à 50 %. Depuis 2001, elle avait été au bénéfice d'arrêts de travail plus ou moins prolongés

pour des motifs nombreux. À son avis, elle présentait surtout un état anxio-dépressif chronique dont elle voulait masquer la nature. Ce n'était que cette semaine qu'elle l'avait autorisé à en parler à l'OAI. Il suspectait des traumatismes anciens et profonds qui avaient été à l'origine d'une stratégie de vie assez dysfonctionnelle, notamment avec le père de ses enfants, puis avec ceux-ci. Il souhaitait que l'OAI puisse faire évaluer sa capacité de travail par un expert psychiatre. 19. Dans un avis du 24 mars 2016, le SMR a demandé un examen bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique, afin de se positionner quant à l'évolution de la capacité de travail de l'assurée dans le temps et les implications des différentes atteintes subies. 20. En date du 17 octobre 2017, l'assurée a été convoquée pour une expertise effectuée par les docteurs G_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale, et H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, tous deux du SMR. 21. Les Drs G_____ et H_____ ont établi leur rapport le 28 novembre 2017. Depuis sa reprise d'activité professionnelle à 100 % de son taux contractuel de 70 %, l'assurée avait eu cinquante-trois jours d'absence en 2016 et vingt jours en 2017 en raison de douleurs et d'une fatigue chronique. Sur le plan psychiatrique, l'assurée ne bénéficiait actuellement d'aucune prise en charge psychiatrique ambulatoire. Dans le cadre d'un conflit familial, l'assurée avait bénéficié de plusieurs thérapies de famille au centre de thérapie brève à Genève, quand ses enfants avaient l'âge de 10 ans et 1 an. En 2013, ses enfants avaient été placés dans un foyer durant deux ans et, à la suite de la séparation d'avec son compagnon, l'état de l'assurée avait nécessité une hospitalisation à la Clinique de Montana. Elle était actuellement sous traitement antidépresseur, qu'elle prenait irrégulièrement. L'examen clinique ne montrait pas de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de troubles phobiques ou panique, de troubles de la personnalité morbide, d'état de stress post-traumatique, de trouble obsessionnel compulsif, de trouble dissociatif, de syndrome douloureux persistant ou de perturbation de l'environnement psychosocial. L'assurée ne souffrait donc d'aucune pathologie psychiatrique à caractère incapacitant et sa capacité de travail était par conséquent de 100 % dans toute activité. Sur le plan rhumatologique, le Dr G_____ retenait comme diagnostic principal avec répercussion durable sur la capacité de travail des cervicalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernies discales C4-C5 et C5-C6. Les diagnostics associés étaient une périarthrite scapulo-humérale bilatérale avec conflit sous-acromial et suspicion de tendinopathie du sus-épineux et du long chef du biceps des deux côtés, des douleurs et limitations fonctionnelles du pouce gauche dans le cadre d'un status après cure chirurgicale de rhizarthrose gauche et après algoneurodystrophie, de périarthrite de la hanche gauche, de troubles statiques des pieds avec hallux valgus bilatéral résiduel discret dans le cadre d'un status après cure d'hallux valgus bilatéral, et de coxarthrose gauche modérée. L'assurée souffrait de cervicalgies depuis une dizaine d'années. Elle avait fait plusieurs fois des imageries par résonance magnétique (ci-après : IRM) des cervicales, et on lui avait proposé une opération qu'elle avait refusée au vu du mauvais résultat de la cure de rizarthrose gauche qu'elle avait eue en mars 2014. Elle avait en effet développé une algoneurodystrophie et était actuellement limitée dans la mobilité de son pouce gauche en flexion. Cependant, les douleurs cervicales prédominant la journée la dérangent le plus actuellement, ainsi que des douleurs dans la fesse gauche pendant la nuit. Elle cotait ses douleurs à 6/10 avec des pics douloureux à 8-9/10. Les cervicalgies s'accompagnaient de vertiges avec des sueurs froides et points blancs devant les yeux. Elle présentait également des céphalées s'accompagnant de nausées. Les examens radiologiques mettaient en évidence des troubles dégénératifs du rachis

cervical avec hernie discale C4-C5 en contact avec la racine C5 droite, avec uncarthrose et rétrécissement relatif du canal radiculaire droit et hernie discale C5-C6, couverte par une ostéophytose, en contact modéré avec les racines C5-C6. Les lésions dégénératives en C5-C6 avaient évolué entre une IRM cervicale du 25 juin 2012 et du 19 septembre 2014. Par ailleurs, une IRM de l'épaule gauche mettait en évidence une bursite sous-acromiodeltoïdienne et des éléments pour une tendinite du sous-épineux gauche, sans signe de rupture. Des radiographies des pieds mettaient en évidence un status satisfaisant après cure d'hallux valgus gauche. Une échographie de la main montrait une ténosynovite discrète, mais significative du tendon long fléchisseur du pouce. Il n'y avait cependant pas de synovite significative des articulations. Des radiographies des mains et des pouces de septembre 2013 confirmaient la présence d'un pincement sévère de l'articulation trapézo-métacarpienne gauche avec ostéophytose et sclérose dans le cadre d'une rizarthrose. Des radiographies du bassin mettaient en évidence une sclérose de part et d'autre des articulations sacro-iliaques de surcharge. Il existait également un pincement modéré coxofémoral supéro-externe gauche, avec aspect proéminent du sourcil cotyloïdien. Au vu de ces diagnostics, les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations ; pas de mouvements répétés de flexion-extension de la nuque, pas de rotations rapides de la tête, pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque, pas de rotations rapides de la tête, pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque. Au niveau des membres inférieurs, elle ne pouvait faire de genuflexion répétée ou franchir régulièrement escabeaux, échelles ou escalier, ne pouvait rester en position debout plus d'un quart d'heure, ou marcher plus de deux heures. Elle ne pouvait travailler en hauteur. Au niveau des membres supérieurs, elle ne pouvait élever les épaules à plus de 70 degrés, lever des charges de plus de 5 kg, faire du travail de précision avec les mains ou déployer de force avec les mains. Ces limitations étaient en principe respectées dans l'activité habituelle de l'assurée. Sa capacité de travail exigible était ainsi complète dans cette activité et dans toute activité adaptée dès le mois de juin 2015. Dans l'activité habituelle, l'incapacité de travail était totale du 27 janvier 2014 au 3 août 2014, et de 65 % à compter du 4 août 2014. S'agissant du pronostic, les troubles statiques et dégénératifs du rachis et la coxarthrose gauche risquaient de s'aggraver à long terme. Sur le plan psychiatrique, le pronostic était favorable. 22. Dans une note au dossier du 7 décembre 2017, l'OAI a retenu un statut mixte avec une répartition 70 % (active) et 30 % (ménagère), l'assurée travaillant depuis le 1^{er} juillet 1988 à raison de 70 % comme préposée au guichet. 23. À teneur d'une note de travail du 13 février 2018, l'OAI a retenu que, au vu de sa capacité de travail de 100 % dans toute activité dès juin 2015, une enquête au domicile de l'assurée portant sur une période révolue de quelques mois n'était pas opportune. Au vu de la reprise de travail à 50 % dans l'activité habituelle dès le mois d'août 2014, des limitations fonctionnelles et de l'exigibilité des membres de la famille, il n'y avait pas lieu de retenir d'empêchement dans le ménage. 24. Le 16 février 2018, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel il rejetait sa demande. À l'issue de l'instruction médicale, le SMR reconnaissait une incapacité de travail dans son activité lucrative de 100 % du 27 janvier 2014 au 3 août 2014, de 50 % du 4 août 2014 au 31 mai 2015, et de 0 % dès le 1^{er} juin 2015. S'agissant de l'empêchement dans la sphère des travaux habituels, il n'y avait pas de raison de retenir un empêchement majeur durant ces périodes. Ainsi, à l'échéance du délai de carence d'une année, soit au 27 janvier 2015,

l'invalidité dans les deux sphères (lucratives et ménage) découlait du calcul suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité	Professionnelle
70 %	50 %	35 %		

Ménagère 30 % 0 % 0 % Degré d'invalidité 35 % Un degré inférieur à 40 % ne donnait pas droit à des prestations de l'AI sous forme de rente. De plus, du fait qu'elle avait recouvré une pleine capacité de travail dès le 1^{er} juin 2015 dans son activité habituelle, aucune mesure d'ordre professionnel n'était nécessaire. 25. Par courrier du 13 mars 2018, l'assurée a fait opposition au projet de décision de l'OAI. Elle contestait le fait qu'aucune enquête ménagère n'avait été menée. 26. Une enquête économique sur le ménage a eu lieu au domicile de l'assurée le 19 avril 2018. À teneur du rapport d'enquête, l'assurée avait indiqué que sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé dans son activité habituelle au même taux qu'auparavant, soit 70 %. Avant son atteinte à la santé, elle organisait seule l'entretien du logement. Elle ne décrivait actuellement aucun empêchement dans cette tâche. Elle voyait ce qu'il y avait à faire et demandait de l'aide à ses filles si nécessaire. Avant l'atteinte à la santé, elle avait toujours apprécié cuisiner. Ses filles l'aidaient à préparer les repas depuis qu'elles étaient en âge de le faire. Le repas du soir était pris soit chez elle avec ses filles, soit chez son compagnon. Depuis son atteinte à la santé, elle continuait à confectionner les repas avec ses filles ou son compagnon, mais elle éprouvait des difficultés à couper certains légumes en détails. Elle avait besoin d'aide pour porter de lourdes casseroles ou des plats allant au four. Elle pouvait porter les assiettes une à une, faire la petite vaisselle, laver l'évier et le plan de travail. Elle avait besoin d'aide pour nettoyer les placards en hauteur. Avant l'atteinte à la santé, elle effectuait les différentes tâches d'entretien du logement de manière fractionnée sur la semaine. Ses deux filles l'aidaient pour le ménage depuis plusieurs années en faisant leur chambre, changeants leurs draps ou passant l'aspirateur. Depuis l'atteinte à la santé, l'assurée se reposait environ une heure après être rentrée du travail, avant de pouvoir reprendre une activité. Elle continuait à effectuer les tâches ménagères de manière fractionnée, et ses filles continuaient à l'aider dans le ménage. Si elle faisait trop de ménage sur une journée, elle pouvait ressentir des douleurs pendant deux à trois jours consécutifs. Elle continuait à effectuer les différents travaux ménagers à sa hauteur, mais ne pouvait plus passer l'aspirateur, laver les sols ni nettoyer la baignoire. Elle ne participait plus au nettoyage des vitres ni aux grands nettoyages. S'agissant des emplettes et courses diverses, elle faisait de grandes courses en voiture une fois par semaine avant l'atteinte à la santé, seule ou avec l'une de ses filles. Elle ne pouvait désormais plus faire de grandes courses seule car elle ne pouvait plus porter de lourdes charges. Elle établissait désormais la liste des courses et l'une de ses filles allait les faire. Elle allait faire des courses avec son compagnon si nécessaire, et elle continuait à effectuer des emplettes de manière régulière sur la semaine. Quant à la lessive, elle gérait son linge avant l'atteinte à la santé, et ses filles s'occupaient elles-mêmes de l'entretien de leurs vêtements depuis environ dix ans. Depuis son atteinte à la santé, elle continuait à entretenir son linge comme auparavant. L'assurée avait un chien et deux chats avec ses filles. Elle continuait à promener le chien tous les après-midis en rentrant du travail. En raison de ces limitations, l'infirmière a retenu un taux d'empêchement pondéré sans exigibilité de 28.50 % et, avec exigibilité, de 0 %. L'infirmière a relevé que l'aide était apportée par ses deux filles en âge adulte. 27. Par décision du 16 mai 2018, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée, maintenant son projet de décision du 16 février 2018 dans son intégralité. 28. Par acte du 15 juin 2018 adressé à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), l'assurée (ci-après : la recourante) a formé recours à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle faisait valoir que son

incapacité de travail demeurait importante dans son activité professionnelle et que son médecin traitant contestait les conclusions du rapport du SMR du 17 octobre 2017. Par ailleurs, elle contestait le calcul de son invalidité à caractère mixte. Elle sollicitait l'octroi d'un délai pour compléter son recours. 29. Dans le délai qui lui a été octroyé, la recourante a conclu, par courrier du 19 juillet 2018, à ce qu'une expertise psychiatrique, rhumatologique et neurologique soit réalisée. Le rapport du SMR n'avait selon elle pas de valeur probante : les médecins du SMR, à savoir un médecin psychiatre et un rhumatologue, s'étaient prononcés sur son statut neurologique, domaine qui n'était pas de leur compétence. L'entretien avec le médecin psychiatre avait au surplus duré 45 minutes, ce qui était bien trop court. Le SMR faisait enfin partie de l'OAI, aussi ne s'agissait-il pas d'une vraie expertise. Elle allait consulter un neurologue le 31 août 2018 et transmettrait ensuite le rapport médical à la chambre de céans. 30. Un premier délai au 31 août 2018 a été octroyé à la recourante pour transmettre ledit rapport. Sans nouvelles de sa part, la chambre de céans lui a imparti un second délai au 26 octobre 2018. Par courrier du 12 octobre 2018, la recourante a indiqué avoir été empêchée de donner suite à la prolongation de délai qui lui avait été octroyée en raison du décès de plusieurs parents proches et de problèmes de santé. Elle était actuellement en arrêt maladie de dix jours à la suite d'une opération d'une double hernie cervicale ainsi que d'un bec de perroquet. Il lui était difficile de se déplacer et de s'occuper de son courrier. Elle avait également des problèmes au niveau des épaules et serait probablement à nouveau opérée de celles-ci. Elle n'avait en l'état ni la force, ni l'état de santé nécessaires pour effectuer ces démarches administratives et reprendrait contact avec son avocat dès que son état de santé le permettrait. 31. Dans sa réponse du 6 novembre 2018, l'OAI (ci-après : l'intimé) a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. La recourante n'avait produit aucun document médical ; par ailleurs, les motifs à l'appui de son recours étaient peu développés. Enfin, les récentes interventions chirurgicales évoquées étaient postérieures à la décision litigieuse et sortaient par conséquent de l'objet de la présente procédure. 32. Par courrier du 13 novembre 2018, la recourante a transmis à la chambre de céans le compte-rendu de son opération des cervicales du 1^{er} octobre 2018, ainsi qu'un rapport sur une récente échographie des épaules. Son opération avait été bénéfique au niveau de la nuque, mais les douleurs aux épaules allaient en s'amplifiant. Elle prenait actuellement des antidouleurs et anti-inflammatoires plusieurs fois par jour, ainsi que des somnifères car les douleurs l'empêchaient de dormir. Elle était très fatiguée et avait de la peine à se concentrer. Son médecin traitant lui avait également prescrit de la morphine qu'elle utilisait quand aucun autre médicament ne la soulageait. Dans le rapport sur son échographie des épaules du 18 septembre 2018, le docteur I_____, spécialiste FMH en médecine nucléaire et en radiologie, a indiqué que l'échographie de l'épaule droite montrait une tendinopathie du tendon du muscle sus-épineux avec un status fissuraire de son plan intermédiaire et postérieur sur son tiers distal, associée à une enthésopathie microcalcifiante. L'échographie de l'épaule gauche montrait une tendinopathie du muscle sus-épineux avec une calcification d'environ 4 mm au niveau de sa portion distale, et de multiples micro calcifications de répartition diffuse. Aucun status fissuraire significatif n'était par ailleurs mis en évidence. Il n'y avait pas de bursite sous-acromio deltoïdienne ou de liquide articulaire en volume significatif des deux côtés. Dans le compte-rendu de l'opération du 3 octobre 2018, le Dr F_____, le docteur J_____ et la doctoresse K_____, tous deux spécialisés en médecine interne, ont indiqué que l'IRM de la colonne cervicale du 28 juin 2018 montrait une discarthrose avancée C4-C5, C5-C6, avec rétrécissement foraminal bilatéral. Les

radiographies de la colonne cervicale du 31 août 2018 montraient une légère perte de lordose cervicale, avec une discopathie sévère C4-C5, C5-C6, avec une hypermobilité compensatoire C3-C4. Ils avaient proposé une chirurgie de discectomie C4-C5 et C5-C6, et la mise en place de cages. L'intervention s'était déroulée sans complication. L'intéressée était en arrêt de travail à 100 % du 1^{er} octobre 2018 au 12 novembre 2018. 33. L'intimé s'est déterminé le 3 décembre 2018. Il avait soumis les nouveaux documents au SMR pour appréciation. À teneur de son rapport du 3 décembre 2018, le SMR retenait que l'assurée présentait une aggravation de son état de santé sur le plan cervical postérieur à la décision du 17 mai 2018 [recte : 16 mai 2018]. Les conclusions précédentes du SMR restaient valables jusqu'au 17 mai 2018. À partir du mois de juin 2018, il y avait une aggravation de l'état de santé, motivant une intervention chirurgicale qui s'était déroulée sans complication. Celle-ci entraînait habituellement une incapacité de travail de trois à six mois maximum dans l'activité habituelle de la recourante. En l'espèce, les conditions strictes de l'extension du litige n'étaient pas réalisées. Par ailleurs, pour qu'elle soit déterminante, une aggravation de l'état de santé devait durer trois mois sans interruption notable. Dans tous les cas, les documents produits et l'aggravation (temporaire) de l'état de santé étaient postérieurs à la décision litigieuse, de sorte qu'ils sortaient de l'objet du présent litige et devraient faire l'objet d'une procédure administrative subséquente. 34. Par courrier du 21 décembre 2018, la recourante a transmis à la chambre de céans un nouveau rapport établi le 4 décembre 2018 par le docteur L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. À teneur de ce document, la recourante présentait une insuffisance de la coiffe des rotateurs supérieure. Le bilan paraclinique révélait une lésion transfixiante du tendon sus épineux. La recourante avait récemment bénéficié d'une chirurgie cervicale par le Dr F_____, avec un excellent résultat. Si la recourante le désirait, il serait possible d'envisager une arthroscopie qui comprendrait une ténotomie du long chef du biceps, une réinsertion du tendon sus épineux, de même qu'une acromioplastie latérale de protection. 35. L'intimé s'est déterminé sur cette nouvelle pièce le 15 janvier 2019. Celle-ci n'apportait aucun élément médical nouveau, de sorte qu'il persistait dans ses précédentes conclusions. 36. Le 20 janvier 2019, la recourante a transmis un nouveau rapport du Dr F_____ du 14 janvier 2019. Celui-ci indiquait que l'évolution post-opératoire était assez remarquable, avec disparition complète des douleurs cervicales ayant motivé l'intervention. Entre-temps, la recourante avait bénéficié d'une seconde opération le 2 janvier 2019, cette fois-ci à l'épaule droite, par le Dr L_____. Elle était actuellement en convalescence et prenait des antidouleurs. Indépendamment du résultat de cette seconde opération, le Dr F_____ estimait que la recourante devait bénéficier d'une adaptation de son activité professionnelle, qui était difficilement compatible avec les séquelles d'une intervention cervicale et de l'épaule. 37. Par courrier du 5 février 2019, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Ce rapport produit par la recourante venait confirmer les dernières conclusions du SMR, selon lequel l'aggravation de l'état de santé de la recourante était postérieure à la décision entreprise, et avait motivé une intervention qui s'était déroulée sans complication, entraînant une incapacité de travail entre trois à six mois au maximum. 38. Par courrier du 14 mars 2019 adressé à la chambre de céans, le Dr E_____ a indiqué suivre Mme A_____ depuis le 31 janvier 2000 pour de multiples problèmes qui avaient donné lieu à de très nombreux arrêts de travail. Cet absentéisme était lié à un état dépressif récurrent et sévère qui s'était développé depuis son enfance. Il se manifestait par « un syndrome somatoforme douloureux à l'origine de multiples interventions » telles que rapportées dans le dossier AI de la recourante. Il posait le diagnostic d'état dépressif

récurrent avec troubles somatoformes lié à une maltraitance infantile. Durant son enfance, son beau-père s'était révélé violent tant physiquement que psychologiquement avec elle, et sa mère ne s'était montrée ni protectrice, ni aimante, et buvait trop d'alcool. La requérante avait développé des troubles du comportement alimentaire dès l'âge de 7 ans, et se tapait la tête contre les murs. Elle souffrait depuis toujours de bruxisme. La requérante avait beaucoup de peine à se confier, notamment aux psychiatres. La non prise en compte de son vécu par les psychiatres était à l'origine d'un état phobique vis-à-vis d'eux, l'empêchant de créer un lien thérapeutique. Elle faisait un effort considérable pour ne rien laisser passer qui puisse provoquer le jugement du médecin, se présentait le mieux possible en masquant sa détresse et en évoquant des troubles physiques. Le Dr E_____ priait l'intimé de prendre en considération les troubles psychiques de sa patiente dont la capacité de gain était très altérée en raison de cet état dépressif chronique et sévère. 39. Par courrier du 11 avril 2019, l'intimé a relevé que la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique supposait d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert psychiatre, et s'appuyant sur les critères d'un système de classification reconnu. Le Dr E_____ n'était pas psychiatre ; son rapport n'était ainsi pas de nature à remettre en cause les conclusions du SMR. La différence d'appréciation entre ce médecin et le SMR était selon toute vraisemblance liée au mandat thérapeutique qui le liait à la patiente. 40. Par courrier du 20 septembre 2019, la requérante a informé la chambre de céans de l'évolution de son état de santé. Elle avait récemment subi une agression chez elle, qui lui avait causé quelques hématomes et l'avait mise en état de choc. Depuis, elle avait perdu 10 kg et se levait régulièrement la nuit pour vérifier si sa porte était bien fermée à clé. Alors qu'elle n'avait plus refait de syncope vagale depuis novembre 2015, elle venait d'en refaire deux en un mois. Elle avait prochainement rendez-vous avec un neurologue afin d'effectuer des examens supplémentaires. Enfin, depuis sa reprise le 1^{er} juin 2019, elle travaillait à 50 % de son taux habituel, soit à 35 %. Elle passait son temps libre à se reposer car elle était extrêmement fatiguée. 41. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 4. Le litige porte sur la légalité de la décision de l'intimé de refuser à la requérante le droit à une rente d'invalidité. 5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le

marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique 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 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). 6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c ; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b). 7. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2). Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. b. La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352 , mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation

(ressources). 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. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPG), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2 ; ATF 117 V 194 consid. 3b ; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assuré, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). 9. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPG). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27 bis RAI, ainsi que les art. 16 LPG et 28 a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPG). Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPG); on pourra alors apprécier l'invalidité

globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). Activité lucrative et travaux habituels non rémunérés sont en principe complémentaires dans le cadre de la méthode mixte. En d'autres termes, ces deux domaines d'activités forment ensemble, en règle générale, un taux de 100% et la proportion de la partie ménagère ne doit pas être fixée en fonction de l'ampleur des tâches entrant dans le champ des travaux habituels. Aussi, ne sont pas déterminants le temps que l'assuré prend pour effectuer ses tâches ménagères, par exemple, s'il préfère les exécuter dans un laps de temps plus important ou plus court, ou la grandeur de l'appartement (ATF 141 V 15 consid. 4.5). Le fait qu'une personne assurée réduise son taux d'occupation exigible dans l'exercice d'une activité lucrative sans consacrer le temps devenu libre à l'accomplissement de travaux habituels au sens de l'art. 28 a al. 2 LAI n'a aucun effet sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 51 consid. 5.1 et 5.2).

10. a. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97). Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3087 et ss. de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (office fédéral des assurances sociales, CIIAI, état au 1 er janvier 2018). Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante. S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2). b. Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2 et 123 V 233 consid. 3c ainsi que les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé ; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille.

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

et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal

fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 12. a. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans leur teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), 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 LPG) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) 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 LPG. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance. b. 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 30 consid. 1 et ATF 104 V 136 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). Le revenu sans invalidité se détermine en règle générale d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la

structure des salaires (ci-après : ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). 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). 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). 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). 14. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 15. En l'espèce, l'intimé a retenu, sur la base du rapport d'expertise effectué par les médecins du SMR, que le recourante ne souffrait d'aucune pathologie psychiatrique à caractère incapacitant et que sa capacité de travail était donc de 100 % dans toute activité. Sur le plan rhumatologique, le diagnostic principal retenu avec répercussion durable sur la capacité de travail était des cervicalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernies discales C4-C5 et C5-C6. Les limitations fonctionnelles découlant des diagnostics retenus étaient en principe respectées dans l'activité habituelle de la recourante. Celle-ci avait donc une incapacité de travail totale du 27 janvier 2013 au 3 août 2015, et une incapacité de 65 % à compter du 4 août 2014. La capacité de travail était entière depuis le mois de juin 2015. 16. L'assurée estime que cette expertise n'aurait pas de valeur probante, pour divers motifs. a. Elle reproche tout d'abord au médecin-psychiatre du SMR de ne l'avoir vue pour établir son rapport que quarante-cinq minutes environ. Elle en conclut que cette expertise ne pourrait avoir été réalisée correctement. La durée de l'entretien ne constitue pas le seul élément déterminant pour définir si l'expertise a valeur probante ou non. En effet, le travail de l'expert ne se limite pas à l'entretien, mais se poursuit ensuite par l'analyse des propos recueillis et du comportement observé (ATF I 746/05 du 30 mai 2006 consid. 2.3 ; ATAS/1011/2011). Les spécialistes ne posent au demeurant aucune durée minimale pour un examen clinique dans le cadre d'une expertise psychiatrique

(Lignes directrices de la Société suisse de psychiatrie d'assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques, in: Bulletin des médecins suisses, 2004/85, n° 36, p. 1905). Il y a quoiqu'il en soit lieu de distinguer le travail effectué par un expert, dont la mission est de répondre à un certain nombre de questions dans le cadre d'un litige plus particulièrement et à un moment déterminé, de celui mené par le médecin traitant chargé de traiter l'assuré sur une longue durée. Aussi, la durée de l'entretien importe-t-elle peu pour déterminer la valeur probante d'un rapport médical. La chambre de céans observera par ailleurs que la médecin-psychiatre du SMR a analysé de manière circonstanciée les données anamnestiques, qu'elle a décrit le contexte médical avec précision, que son rapport ne contient pas de contradictions et que ses conclusions sont motivées. Dans son dernier courrier, le médecin-traitant de l'assurée, en revenant sur son enfance malheureuse, indique que la recourante a des difficultés à se confier, notamment aux psychiatres. Il ressort cependant du rapport d'expertise que la recourante a fait part à la médecin-psychiatre du SMR des difficultés qu'elle avait rencontrées avec sa mère alcoolique qui la dévalorisait, ainsi que des maltraitements physiques infligés par son beau-père. Le seul élément mentionné par son médecin-traitant qui ne figure pas dans le rapport est le fait que la recourante aurait développé des troubles alimentaires vers l'âge de 7 ans et qu'elle se serait tapé la tête contre les murs. Or, ce seul élément ne suffit pas à susciter un doute sur la valeur probante du rapport effectué par la médecin-psychiatre du SMR. La chambre de céans relèvera enfin que la recourante n'a produit aucun rapport d'un médecin-psychiatre qui contredirait les conclusions de ce rapport. Or, conformément à la jurisprudence susmentionnée, 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. Partant, les allégations de son médecin généraliste traitant, qui mentionne un état dépressif sévère, ne sauraient permettre de remettre en cause les conclusions de la médecin-spécialiste du SMR. Partant, rien ne s'oppose à ce que le rapport de cette médecin remplisse toutes les exigences posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. b. La recourante reproche ensuite aux médecins du SMR de « faire partie » de l'OAI, soit d'être forcément partiaux. Or, il ressort de la jurisprudence susmentionnée que 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. Cependant, étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert. En l'espèce, hormis l'allégation relative à leur appartenance au SMR, la recourante n'a émis aucune critique concrète à l'égard de ces médecins, qui pourrait susciter un doute au sujet de leur prétendue impartialité. Partant, ce grief ne saurait être retenu. c. La recourante relève enfin qu'aucun neurologue ne l'a examinée, alors que les médecins du SMR, un psychiatre et un rhumatologue, s'étaient prononcés sur son statut neurologique, domaine qui n'était pas de leur compétence. Dans le rapport d'expertise du SMR, le Dr G _____ a retenu comme diagnostic principal avec répercussion durable sur la capacité de travail des cervicalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernies discales C4-C5 et C5-C6, et comme diagnostics associés une périarthrite scapulo-humérale bilatérale avec conflit sous-acromial et suspicion de tendinopathie du sus-épineux et du long chef du biceps des deux côtés, des douleurs et limitations fonctionnelles du pouce gauche dans le cadre

d'un status après cure chirurgicale de rhizarthrose gauche et après algoneurodystrophie, de périarthrite de la hanche gauche, de troubles statiques des pieds avec hallux valgus bilatéral résiduel discret dans le cadre d'un status après cure d'hallux valgus bilatéral, et de coxarthrose gauche modérée. Il a examiné et discuté les divers rapports figurant au dossier et procédé à un examen clinique de la recourante. Il a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : la nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations ; pas de mouvements répétés de flexion-extension de la nuque, pas de rotations rapides de la tête, pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque, pas de rotations rapides de la tête, pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque. Au niveau des membres inférieurs, elle ne pouvait faire de genuflexion répétée ou franchir régulièrement escabeaux, échelles ou escalier, ne pouvait rester en position debout plus d'un quart d'heure, ou marcher plus de deux heures. Elle ne pouvait travailler en hauteur. Au niveau des membres supérieurs, elle ne pouvait élever les épaules à plus de 70 degrés, lever des charges de plus de 5 kg, faire du travail de précision avec les mains ou déployer de force avec les mains. Ces limitations fonctionnelles étant respectées dans l'activité habituelle de la recourante, il a retenu qu'elle avait une capacité de travail entière dès le mois de juin 2015. Les rapports de neurologues figurant au dossier de la recourante au moment de la prise de la décision querellée ne plaident pas en faveur d'une interprétation différente de ses limitations fonctionnelles. En effet, dans son rapport du 3 mars 2014, la Dresse B_____ avait simplement relevé qu'une libération chirurgicale du nerf médian gauche dans le canal carpien était souhaitable dans le cadre de l'opération d'une rizarthrose à gauche qui était prochainement prévue. À teneur du rapport de cette opération effectuée par le Dr C_____, celle-ci s'était bien déroulée. Dans son rapport du 2 février 2015, le Dr F_____ a retenu le diagnostic de cervicobrachialgie C6 gauche, légèrement déficitaire, sur une discarthrose pluri-étagée prédominant en C5-C6 avec comblement du foramen gauche, mais a précisé que la recourante devrait pouvoir progressivement reprendre une activité de préposée au guichet à 70 % et que dans un poste adapté, elle n'aurait aucune limitation fonctionnelle, temporaire ou définitive. Le Dr D_____, médecin du travail, a quant à lui retenu comme limitations fonctionnelles une diminution de la force et de la mobilité de la main gauche, ce qui ne va pas à l'encontre des conclusions du Dr G_____. Quant au médecin traitant de l'assurée, il a principalement insisté sur l'état psychique de la recourante, qu'il qualifie d'anxio-dépressif chronique, mais ne s'est personnellement pas prononcé sur ses problèmes somatiques. Dans ces circonstances, rien ne permet de retenir que les conclusions du Dr G_____ n'auraient pas de valeur probante. 17. Dans le cadre de la procédure de recours, la recourante a produit de nouveaux rapports mettant en évidence une aggravation de son état de santé postérieure à la décision du 16 mai 2018, que le SMR reconnaît dans son dernier rapport du 3 décembre 2018, précisant toutefois qu'elle n'entraînerait qu'une incapacité de travail passagère. Dans son dernier courrier du 20 septembre 2019, la recourante informe la chambre de céans des dernières évolutions de son état de santé. Or, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération, dans la mesure où ils sont

étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5). En conséquence, la décision litigieuse ayant été rendue le 16 mai 2018, seuls peuvent être retenus dans le cadre de la présente procédure les faits antérieurs à cette date. L'aggravation postérieure de son état de santé ne peut être examinée dans le cadre de la présente procédure, n'étant pas de nature à influencer l'appréciation qui a été faite au moment où la décision a été rendue. 18. Il convient à présent de se prononcer sur le degré d'invalidité de la recourante et partant, sur son droit à une rente d'invalidité. a. L'OAI a retenu un statut mixte, à raison de 70 % pour l'activité lucrative et de 30 % pour la part ménagère. Ce statut, qui correspond au taux d'activité professionnelle de la recourante depuis 1988, n'est pas contesté. b. Pour la période du 27 janvier 2014 au 3 août 2014, la recourante a été totalement incapable de travailler dans toute activité et a par conséquent présenté un degré d'invalidité de 100%. Du 4 août 2014 au 31 mai 2015, la recourante a retrouvé une capacité de travail de 50 %, et a repris son activité habituelle à 35 %, soit 50 % de son taux habituel. À compter du 1^{er} juin 2015, la recourante a retrouvé une capacité de travail entière et a repris son activité à son taux habituel de 70 %. c. S'agissant de sa capacité d'effectuer ses tâches domestiques, l'office AI a ordonné la tenue d'une enquête ménagère, qui a retenu un taux d'empêchement pondéré de 28,5 % sans exigibilité, et de 0 % avec exigibilité. Cette enquête ménagère, dont les conclusions ne sont au demeurant pas contestées par la recourante, ne prête pas le flanc à la critique. Elle retient, comme le permet la jurisprudence, que la recourante peut demander l'aide de ses filles habitant avec elle pour accomplir les tâches que son état de santé ne lui permet plus d'effectuer. d. Au vu de ce qui précède, à l'échéance du délai de carence d'une année (art. 28 al. 1 let. c LAI), soit au 27 janvier 2015, la recourante a présenté un degré d'invalidité de 35 % (soit 50 % dans son activité professionnelle et 0 % dans ses activités ménagères). Or, un degré inférieur à 40 % ne donne pas droit à des prestations de l'AI sous forme de rente (art. 28 al. 1 let. c LAI). À compter du 1^{er} juin 2015, la recourante a retrouvé une pleine capacité de travail, de sorte que l'OAI a à juste titre renoncé à mettre en place des mesures d'ordre professionnel. Par conséquent, la décision querellée est bien fondée. 19. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté, étant toutefois précisé qu'il reste loisible à la recourante de déposer une nouvelle demande auprès de l'OAI au vu des aggravations de son état de santé dont elle a fait état dans le cadre de la procédure de recours. 20. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :**

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