

GE_GERICHTE A/617/2019 vom 24. August 2020

GE Cour de justice, 2020-08-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_617_2019

FR: GE_GERICHTE A/617/2019 du 24 août 2020

IT: GE_GERICHTE A/617/2019 del 24 agosto 2020

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à CONFIGNON, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Philippe GORLA 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 ou la recourante), née le _____ 1972, en dernier lieu secrétaire d'avocat, à 60 % (du 14 janvier 2002 au 31 octobre 2006) a saisi l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) d'une demande de rente et/ou mesures professionnelles en date du 2 juin 2016. L'atteinte à la santé relevait de la maladie, soit en particulier une discarthrose importante L5-S1 avec pincement intersomatique massif; discarthrose sévère C4-C5 et C5-C6 avec débord discal; uncarthrose très importante; rhizarthrose trapézométacarpienne main gauche; dos depuis 1994, main depuis 2015. 2. En date du 4 juillet 2016, l'OAI a reçu un rapport du docteur B_____, spécialiste FMH en neurochirurgie. Le début de la longue maladie remontait à août 2012. La capacité de travail exigible tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée était de 0 %. L'on se situait à deux mois post-opératoire (opération le 8 avril 2016); le début de l'aptitude à la réadaptation pouvait être envisagé à quatre à cinq mois postopératoires. Diagnostics : avec effet sur la capacité de travail, spondylodèse lombaire L5-S1 en 2013; spondylodèse cervicale C4 à C6 le 8 avril 2016. Sans effet sur la capacité de travail : discarthrose sévère cervicale et lombaire. L'assurée avait été hospitalisée pour intervention chirurgicale du 8 au 11 avril 2016. À l'anamnèse, en janvier 2015, cervicobrachialgies membre supérieur gauche (MSG) > membre supérieur droit (MSD). Constat médical : cyphose cervicale. Pronostic lentement favorable. Le traitement actuel consistait dans la prescription de Chondrosulf, de Tramal, de Dafalgan et Voltarène. L'incapacité de travail était de 100 %, étant précisé que l'assurée ne travaillait plus depuis août 2012. Restrictions physiques: l'assurée ne pouvait rester assise ou debout, longtemps. Une activité adaptée au handicap n'était pas possible en l'état. 3. La doctoresse C_____, spécialiste FMH en médecine générale, a adressé un rapport à l'OAI, reçu le 28 août 2016. Elle suivait la patiente depuis le 17 mars 2016. À l'anamnèse, la patiente présentait une raideur cervicale, une contracture, des douleurs résiduelles post-chirurgie cervicale avec une mobilité diminuée; douleurs lombaires résiduelles, chroniques avec traitement conservateur. Le pronostic serait déterminé selon évolution. Les diagnostics avec effet sur la capacité de travail étaient les suivants : le 26 septembre 1995, hernie discale L5-S1 médiane-para médiane gauche, contact avec les racines - traitement conservateur; le 30 janvier 2009, IRM discopathie L4-L5, d'aspect évolutif avec débord discal focalisé par une petite protrusion post-médiane, également non compressive; 10 septembre 2009, consultation de neurochirurgie (docteur D_____) : pas d'arguments pour une proposition chirurgicale, programme de rééducation posturale et musculaire; juin 2013, IRM discarthrose L5-S1 associée à une inflammation des plateaux vertébraux des

Modici; septembre 2013, infiltration articulaire L5-S1 bilatérale sous contrôle CT; 16 octobre 2013, intervention chirurgicale patiente bloquée Lasègue à 90° (Dr B_____); octobre 2015, IRM et radio colonne cervicale, cervicarthrose C3 à C6 inflammatoire, protrusion discale postérieure étagée sans image de hernie, uncarthrose avec un certain degré de rétrécissement des trous de conjugaison des deux côtés (ddc) de C3 à C6; juin 2016, docteur E_____, spécialiste en chirurgie plastique reconstructive et esthétique, chirurgie de la main: rhizarthrose pouce gauche, pas d'intervention chirurgicale pour le moment, traitement conservateur. Pas de diagnostic sans effet sur la capacité de travail. Les traitements actuels étaient médicamenteux (voir ci-dessus ad chiffre 2). Incapacité de travail médicalement attestée de 20 % au moins dans la dernière activité exercée en tant que secrétaire d'avocat. Les restrictions physiques tenaient à une mobilité nettement diminuée du fait des douleurs. 4. Le Dr E_____ a adressé un rapport à l'OAI, daté du 27 septembre 2016. Le diagnostic avec effet sur la capacité de travail était un syndrome douloureux des deux mains à investiguer. Douleurs dorsales pour lesquelles la patiente était suivie par le Dr B_____ depuis le 2 février 2016. À l'anamnèse, la patiente se plaignait de douleurs principalement dans la colonne du pouce gauche et dans l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index droit avec faiblesse des deux mains, lâchage d'objets et douleurs remontant dans les deux poignets. Constat médical : pas de limitations fonctionnelles. Grip 18 ddc Tip pinch bilatéral à 5. Grip pinch 9 à droite et 12 à gauche. Manoeuvre de Phalen douteuse. Tinel négatif. Pronostic : aucun. Traitement actuel : aucun. Le bilan radiologique neurologique doit être effectué avant d'envisager une thérapie. Aucune incapacité de travail n'a été donnée pour ce problème. S'agissant de l'activité exercée à ce jour, la patiente était limitée par une fatigabilité importante des deux mains, plus marquée à gauche, principalement dans la pince pollicidigitale. Elle signalait aussi des douleurs à l'effort, remontant du poignet vers le coude et faisant évoquer un syndrome du tunnel carpien. Du point de vue médical, une activité de secrétariat semblait difficile, du fait des douleurs dans les deux mains. Il faudrait toutefois effectuer un bilan neurologique afin d'exclure un syndrome du tunnel carpien et une rhizarthrose qui pourrait bénéficier de traitements chirurgicaux. Remarque : jusqu'à la dernière consultation, la symptomatologie n'était pas suffisante pour envisager un traitement chirurgical. Cette symptomatologie semblait se péjorer, un bilan complémentaire sous forme d'EMG à la recherche d'une neuropathie du nerf médian dans les canaux carpiens et un bilan radiologique des articulations trapèzométacarpiennes et métacarpophalangiennes de l'index droit étaient à réaliser. En fonction des résultats, un traitement éventuellement chirurgical pourrait être envisagé pouvant amener un important bénéfice. À noter que cette demande de prise en charge par l'AI était principalement justifiée par d'importantes dorsalgies ayant partiellement répondu à des traitements chirurgicaux (Dr B_____). 5. Le service médical régional de l'assurance-invalidité [doctoresse F_____] (ci-après : SMR) s'est prononcé dans un avis médical du 23 février 2017. Après examen des divers rapports médicaux versés au dossier, le SMR concluait que l'assurée présentait une incapacité de travail depuis le 8 avril 2016 pour une atteinte orthopédique. L'état n'était pas encore stabilisé. Il convenait d'interpeller les médecins spécialistes traitants (Drs B_____ et E_____ - demander à ce dernier les comptes rendus d'ENMG, et radiologiques qui devaient être effectués après son dernier rapport.) 6. Le Dr B_____ a répondu à l'OAI par courrier du 4 avril 2017. Il a fourni les comptes rendus opératoires demandés. Il indiquait que l'état de la patiente avait été nettement amélioré par l'opération qui lui avait enlevé les douleurs atroces y ayant conduit, autant au niveau cervical que dans les bras. Les

douleurs étaient essentiellement au niveau de la nuque, avec des malaises, tellement la douleur était forte, et également des tiraillements dans le MSG. Cela s'était amélioré pour l'instant, mais la patiente ressentait des tiraillements lorsqu'elle était assise et qu'elle bougeait la nuque pendant plus d'une heure. On se trouvait devant un syndrome cervical chronique et également un syndrome lombaire chronique dans le sens que la patiente ne pouvait garder la position plus d'une demi-heure à une heure, nécessitant qu'elle se lève et se mobilise; sinon les tensions étaient trop fortes. La patiente ne travaillait plus depuis 2007, lorsqu'elle avait eu son deuxième enfant. Ensuite, le problème lombaire s'était dégradé, suivi d'un problème cervical. Du point de vue lombaire, elle avait également de la peine à garder une position pendant longtemps. Et rester assise pour faire de la dactylographie paraissait impossible plus d'une heure. Le seul travail qui lui semblait possible était celui d'un secrétariat allégé, dans le sens d'un poste d'accueil où elle recevrait les gens pour les installer, pour leur faire un café et organiser un planning de rendez-vous. Elle pensait qu'un taux de travail 20 à 30 % au plus serait le maximum supportable. Actuellement, elle avait été améliorée par un traitement de fasciathérapie qui l'avait un peu détendue et qui lui permettait d'être un petit peu plus confortable dans les positions. 7. Le docteur G_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a adressé un rapport à l'OAI, reçu le 30 juin 2017. Il avait vu la patiente en consultation les 22 novembre et 6 décembre 2016. Sur le plan strictement rhumatologique, et en dehors des problèmes du rachis cervical et lombaire qui étaient évalués séparément par le Dr B_____, le rhumatologue ne retenait pas d'incapacité de travail ni de baisse de rendement dans l'activité de secrétaire. S'agissant de l'activité exercée, celle-ci était toujours possible sur le plan des articulations périphériques. Pour le reste, à voir avec le confrère susnommé. 8. Le Dr E_____ a adressé un rapport intermédiaire à l'OAI le 25 septembre 2017. L'état de santé était stationnaire, sans changement de diagnostic. Celui ayant une influence sur la capacité de travail était l'arthrose de la base du pouce (rhizarthrose) bilatérale, prédominant à gauche, depuis début février 2016 : la préhension des objets était de plus en plus difficile et douloureuse en raison de douleurs de la base du pouce lors de la pince pollicidigitale et au niveau du ligament annulaire du carpe avec paresthésies dans le territoire du nerf médian. La patiente se plaignait aussi de perte de force et de lâchage d'objets. La symptomatologie présentée par la patiente était liée à des phénomènes de vieillissement se péjorant avec le temps. Mesure thérapeutique/pronostic : l'ouverture du tunnel carpien en cas de syndrome du tunnel carpien confirmé par EMG devrait amener une solution définitive. Les douleurs dans les articulations et en particulier de l'articulation trapézométacarpienne pouvaient être améliorées par le remplacement prothétique des articulations ou par leur arthrodèse. La gêne n'était actuellement pas suffisante pour justifier ces opérations. À noter que la patiente avait fait une demande de prise en charge de l'OAI pour dorsalgies et cervicalgies, et que les problèmes de la main gauche étaient accessoires mais péjoraient son incapacité de travail. 9. Le Dr B_____ a adressé un rapport intermédiaire à l'OAI le 3 octobre 2017. L'état de santé s'était aggravé, avec changement dans les diagnostics, soit une suspicion de fibromyalgie (voir Dr G_____). Douleurs de toutes les articulations. Aggravation des polyarthralgies dès juillet 2017. Les limitations fonctionnelles tenaient aux douleurs à toutes les articulations. La capacité de travail était nulle (0 %) dans toute activité. 10. Par courrier du 8 juin 2018, l'assurée a interpellé l'OAI au sujet de l'évolution de son dossier. Se trouvant dans une situation délicate financièrement car son mari n'avait plus de revenu depuis septembre 2017, elle se voyait contrainte de chercher du travail. Elle ne savait toutefois pas si elle pourrait maintenir un emploi vu les tensions qu'elle supportait au niveau

du dos. Son époux étant âgé de 63 ans, le fardeau retombait sur elle. 11. Le SMR s'est à nouveau prononcé, dans un avis du 10 juillet 2018. Il arrivait à la conclusion que la patiente était en incapacité de travail depuis le 8 avril 2016 pour une atteinte orthopédique cervicale et lombaire. Afin de déterminer si elle présentait une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, définir les limitations fonctionnelles, le taux de la capacité de travail et depuis quelle date une réadaptation serait envisageable ainsi que pour évaluer le syndrome douloureux chronique polyarticulaire de l'assurée, il semblait nécessaire d'envoyer une demande de rapport initial au rhumatologue traitant et de programmer une expertise rhumatologique. 12. Par courrier du 26 juillet 2018, l'assurée a été convoquée au SMR de Vevey pour être examinée par le docteur H_____, spécialiste FMH en rhumatologie. 13. Entre-temps, par courrier du 24 août 2018, le Dr G_____ a indiqué à l'OAI que globalement la patiente se portait beaucoup mieux qu'en 2017 et qu'elle était en recherche d'emploi dans son activité de secrétaire depuis janvier 2018. Elle souffrait toujours de son dos, toujours en position assise; et médicalement elle devrait pouvoir alterner la position assise et debout toutes les heures. Sur le plan socio-professionnel, elle avait arrêté de travailler en 2006 pendant sa deuxième grossesse et aidait son mari à gérer sa société. Ensuite, elle avait subi deux interventions du rachis au niveau lombaire en 2013, puis en 2016 aux cervicales, et n'avait pas pu reprendre de recherches d'emploi avant le 1^{er} janvier 2018. Pour l'estimation de la capacité de travail de 2006 à 2017, il renvoyait aux certificats médicaux du Dr B_____ et/ou à ses précédents médecins traitants. Actuellement, au status, elle souffrait d'une périarthrite de la hanche gauche qui répondait au traitement conservateur et n'était pas incapacitante. Elle souffrait aussi d'une douleur à la base du pouce gauche sur rhizarthrose qui répondait aussi aux AINS. Sur le plan de la tenue du ménage, actuellement elle passait l'aspirateur, faisait les courses avec son mari, faisait la lessive et le repassage, et cuisinait pour sa famille de quatre personnes. Elle devrait bénéficier d'une adaptation de son poste de travail, si possible avec un bureau mobile pour pouvoir travailler aussi debout. Avec ces adaptations, sa capacité de travail pouvait être estimée sur le plan purement rhumatologique à 100 %, horaire et rendement, dès le 1^{er} janvier 2018. 14. Le SMR (Dr H_____) a procédé à l'examen clinique rhumatologique en date du 10 septembre 2018 et rendu son rapport le 31 octobre 2018. Il concluait que dans l'activité habituelle de secrétariat, selon descriptif du dernier poste de travail, la capacité de travail était de 0 %; dans une activité adaptée, elle était de 100 % dès le 6 décembre 2016. Après avoir énuméré et décrit le contenu de tous les documents médicaux et rapports versés au dossier, l'examineur a procédé à une anamnèse complète. Anamnèse familiale : pas d'hérédopathies. Père de 80 ans ayant des problèmes de dos. Mère décédée à 70 ans d'un cancer de la plèvre. Fille unique. Elle a une fille de 21 ans, ayant des problèmes de dos, avec une hernie discale lombaire, et un fils de 11 ans en BSH (bonne santé habituelle). Anamnèse scolaire et professionnelle : certificat d'employée de commerce en 1990. Description de sa dernière activité professionnelle au sein d'une étude d'avocats, cessation de son activité professionnelle en 2007 lors de la grossesse de son deuxième enfant, et activité de secrétariat occasionnelle jusqu'en 2015 pour la société de son époux. Dans le cadre de sa recherche de travail depuis janvier 2018, elle avait réalisé, la semaine précédant l'examen, un travail temporaire de trois jours pleins chez des avocats. Elle s'était « remplie » de médicaments pour travailler, s'était rendue compte qu'elle devait alterner les positions assise et debout, et que toute la journée à long terme ne serait pas possible. Elle estimait qu'elle devrait pouvoir s'allonger entre 12h et 14h pendant une heure, pour diminuer les tensions musculaires. Antécédents personnels : appendicectomie dans l'enfance.

Décompression, spondylodèse de type PLIF L5-S1 pour discarthrose sévère le 10 octobre 2013; décompression et fusion C4-C5 et C5-C6 le 8 avril 2016, pour discarthrose sévère. Anamnèse actuelle : plaintes ostéoarticulaires. La patiente était gênée en position assise prolongée au niveau lombaire et au niveau de la jonction cervicodorsale. Elle tolérait au maximum de rester 1h30 assise chez le coiffeur. L'assurée ne pouvait répondre combien de temps elle avait pu tenir assise la semaine précédente chez son employeur; elle annonçait qu'il n'y avait pas beaucoup à taper et qu'elle pouvait également se lever. S'agissant des résultats des opérations au niveau lombaire et de la nuque, l'assurée annonçait une amélioration de la mobilité au niveau lombaire : elle ne pouvait plus se baisser en préopératoire. Elle se décrivait mieux en ce qui concernait la nuque. Elle ressentait une douleur aiguë au niveau de la nuque, irradiant au niveau des deux bras, prédominant à gauche; elle avait de gros malaises en raison des douleurs, avec des oppressions au niveau thoracique, des nausées et avait la sensation de ne plus pouvoir porter sa tête. Actuellement, elle était plus gênée par la portion dorsale haute que par le bas du dos. Elle ressentait une tension au niveau de la nuque, il n'y avait pas de mouvements particuliers déclenchant les douleurs. Au niveau lombaire, elle était gênée dans les rotations. Elle conduisait peu car elle n'en avait pas l'utilité. Elle conduisait sur 2 à 3 km. Le jour de l'examen, elle avait pu tolérer de se déplacer en voiture, comme passagère. Elle habitait avec son mari et son fils de 11 ans, dans une maison de 5 pièces. Elle faisait le ménage à son rythme. Elle faisait les courses importantes accompagnée par son mari, et évitait de porter des sacs lourds. Elle se levait vers 6h50 du matin; elle était bien le matin. Les douleurs allaient en augmentant dans la journée. Elle détendait sa musculature lorsqu'elle faisait une sieste. Elle allait dormir vers 22h30 et avait un bon sommeil. En juillet 2018, elle avait des difficultés à s'endormir en raison de douleurs aiguës de la hanche gauche. Ces douleurs étaient présentes depuis deux ans et apparaissaient même sans rien faire. Elle n'avait pas reçu d'infiltrations, mais de la physiothérapie, pas récemment. Elle avait fait également des exercices à domicile, qui ne changeaient rien. Elle avait l'impression que ses douleurs, au-dessus de l'aîne gauche, provenaient de l'os. Elle décrivait en outre une douleur intermittente dans la région de la base du pouce gauche et du poignet gauche. Elle était droitère. Elle n'était pas gênée au niveau de son pouce la semaine précédente lorsqu'elle faisait de la dactylographie. Dans ses activités physiques, l'assurée avait fait de l'aquagym en 2017; depuis octobre 2017, elle avait un chien qu'elle sortait balader 20 minutes par jour; elle avait des difficultés au début lorsque l'animal tirait sur sa laisse. Elle voyait son médecin traitant une fois tous les six mois. Elle avait vu son rhumatologue à fin août 2018 et son chirurgien (Dr B_____) en 2017. Attentes vis-à-vis de l'OAI : en 2017 elle était tellement mal qu'elle en avait parlé à son chirurgien, ce dernier ayant conclu en septembre 2017 qu'elle ne pouvait pas travailler. Elle décrivait qu'elle allait mieux actuellement. Elle avait envie de retrouver un travail adapté à ses problèmes, ne comportant pas de position statique et optimalement avec une pause à midi qui lui permettrait de s'allonger un moment. L'examinateur a procédé ensuite à l'anamnèse par système; il a relevé les habitudes de la patiente et décrit le traitement médicamenteux actuel. L'assurée a décrit ensuite une journée type, et le contexte psychosocial. L'examinateur a ensuite décrit le status général, neurologique et ostéoarticulaire. Il a procédé au dépistage d'une fibromyalgie : 0/18 points de Smythe positifs. Selon les critères ACR 2016 par Wolfe : négatif, avec un score SS1 de 1pt, un score SS2 de 1pt. Un score WPI de 6 pts. L'assurée annonçait avoir depuis toujours une fatigue en fin de journée; depuis le début de l'été, spasmes au niveau de l'intestin; elle avait vu un gastro-entérologue. Elle décrivait des douleurs du rachis cervical, dorsal, lombaire, du

bras gauche, de l'avant-bras gauche, de la hanche gauche. L'examineur a ensuite décrit le dossier radiologique. Il retient les diagnostics suivants. Diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail : diagnostic principal, cervicobrachialgies gauches non déficitaires dans un status post (s/p) cure de discarthrose C4-C5; présence d'une discopathie et d'une uncarthrose en C3-C4 (M54.2). Code AI pour la statistique des infirmités et des prestations : 738/05. Diagnostics associés : lombalgies chroniques, non déficitaires, persistant après une cure de discarthrose L5-S1, avec spondylodèse postérieure. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail : antécédents personnels de périarthrite de hanche gauche; douleurs du poignet et à la base du pouce gauche, intermittente, d'étiologie indéterminée. S'agissant de l'appréciation du cas, le détail sera le cas échéant examiné dans les considérants qui vont suivre, dans la mesure utile. L'examineur a notamment relevé qu'au vu du diagnostic évoqué de possible fibromyalgie par le Dr B_____, il avait repris en détail le descriptif des douleurs selon le WPI. Il a rappelé les résultats et relevé que l'assurée n'avait pas de douleurs ubiquitaires des quatre membres. Les scores SS montraient qu'elle avait une fatigue vespérale de longue date; elle ne se plaignait pas de sommeil non réparateur ou de trouble cognitif; elle n'avait pas l'impression d'être déprimée; elle n'avait pas de céphalées. Globalement, le score de Wolfe était négatif à la recherche d'une fibromyalgie. L'assurée prenait quotidiennement un traitement de substitut du cartilage, ainsi qu'un anti-inflammatoire à dose modérée. Elle prenait en réserve, deux fois par semaine, un antalgique simple à faible dose. L'examen montrait une femme de 46 ans, en bonne santé habituelle, avec un léger surplus pondéral, l'équivalent d'une BMI de 26,2. Le status cardiopulmonaire était sans particularité, de même que l'examen de l'abdomen. Au niveau neurologique, il n'y avait pas d'éléments orientant vers un déficit de type radiculaire. Il n'y a pas de sciatalgies ou de cruralgies irritatives. L'examen articulaire périphérique était rassurant. Il n'y avait pas d'éléments orientant vers le rhumatisme inflammatoire. L'examen des poignets était normal. L'examen des pouces n'orientait pas vers une rhizarthrose. Pas de tuméfaction de la base des pouces; la mise sous tension de la trapézométacarpienne était indolore. L'assurée opposait complètement ses pouces à la base du 5^{ème} doigt, sans douleur; la force de la pince pouce-index était normale, l'assurée tenait notamment contre une résistance modérée; la gestuelle spontanée des mains était normale. Limitations fonctionnelles : rachis cervical, pas de travail prolongé les bras au-dessus de la tête, pas de rotation rapide de la nuque, pas de travail prolongé la nuque en extension. Rachis lombaire, pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de position assise ou debout prolongée au-delà d'une heure, pas de dactylographie prolongée au-delà d'une heure. Globalement sur la journée : pas de dactylographie au-delà de quatre heures; pas de port de charges au-delà de 5 kg (charges très légères). Les éléments anamnestiques recueillis ce jour et l'examen clinique décrit en détail ne permettaient pas de confirmer les importantes limitations fonctionnelles ressenties par l'assurée et décrites dans le courrier du Dr B_____ du 6 avril 2017. Il était mentionné dans cette lettre que l'assurée estimait que le seul travail possible serait celui d'un secrétariat allégé, dans le sens d'un poste d'accueil avec un taux maximum supportable de 20 à 30 %. S'agissant de l'incapacité de travail de 20 % au moins, avec les éléments à disposition, l'examineur retenait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis le 21 juin 2013, date de l'IRM lombaire montrant une arthrose L5-S1, avec le remaniement de type MODIC I. Pas de consultation antérieure à disposition du Dr B_____ pour pouvoir confirmer une incapacité de travail depuis août 2012, comme annoncé par ce médecin. En s'appuyant sur le descriptif du poste de travail par l'assurée, comportant des positions

assises statiques prolongées, l'examineur retenait la persistance d'une incapacité de travail dans l'activité habituelle. Concernant la capacité de travail exigible, elle était déterminée sur le plan rhumatologique en premier lieu par la tolérance mécanique du rachis cervical et au second plan par celle du rachis lombaire. Dans une activité adaptée, l'examineur était du même avis que le rhumatologue traitant, qui retenait une exigibilité complète dans une activité adaptée, moyennant les adaptations décrites dans son dernier rapport du 24 août 2018. Le rhumatologue traitant banalisait la périarthrite de la hanche gauche, qui répondait au traitement conservateur et qui n'était pas incapacitante, selon lui. L'examineur rappelait qu'actuellement il n'y avait plus de périarthrite de hanche florde. Le rhumatologue traitant annonçait que l'assurée avait des douleurs de la base du pouce gauche sur rhizarthrose, qui répondaient aussi à un traitement anti-inflammatoire. L'examineur ne pouvait pas confirmer le diagnostic de rhizarthrose. Il relevait ensuite que le point litigieux du dossier asséurologique était de fixer la date d'exigibilité. En effet, il n'y avait pas de consultation à disposition du Dr B_____ pour confirmer une incapacité de travail totale dans toute activité depuis août 2012 et la présence d'un syndrome vertébral lombaire et cervical chronique. L'examineur rappelait qu'un syndrome vertébral était défini par des signes cliniques, c'est-à-dire par une diminution de la mobilité, une contracture paravertébrale, une douleur à la palpation, une altération de la gestuelle spontanée; le fait d'avoir des douleurs résiduelles en postopératoire ne permettait pas de conclure à un syndrome vertébral. Aucune consultation à disposition de la période postopératoire, que ce soit à moyen ou long terme en postopératoire, pour pouvoir justifier la présence d'un syndrome vertébral et une exigibilité seulement à partir de début 2018, comme le mentionnait le rhumatologue traitant. L'assurée n'avait actuellement pas de syndrome vertébral ou de syndrome rachidien; les radiographies réalisées par le neurochirurgien en postopératoire ne montraient pas de signes de complications postopératoires ou de décompensation des étages au-dessus et en-dessous de la spondylodèse. L'assurée avait été opérée de son rachis lombaire le 10 octobre 2013. L'examineur retenait par la suite une incapacité de travail totale dans toute activité pendant six mois postopératoires, ce qui amenait au 10 avril 2014; il estimait qu'avec les éléments à disposition, l'exigibilité était complète à partir de cette date, dans une activité adaptée au rachis lombaire. La situation s'était décompensée au niveau de la nuque le 20 octobre 2015, date de l'IRM cervicale, justifiant une incapacité de travail totale dans toute activité. L'assurée avait finalement été opérée de la nuque le 8 avril 2016. À six mois postopératoires, l'examineur retenait le cas stabilisé, ce qui portait au 8 octobre 2016. Le neurochirurgien traitant annonçait une aggravation en relation des polyarthralgies nécessitant une prise en charge par le rhumatologue traitant; selon ses rapports, il avait pu exclure notamment un rhumatisme inflammatoire; il annonçait qu'il n'y avait pas de synovite, que l'examen des articulations périphériques était normal, sauf une douleur à la flexion palmaire du poignet gauche, sans étiologie spécifique annoncée à ce moment-là. En tenant compte des consultations réalisées par le rhumatologue traitant, avec notamment le but d'exclure un rhumatisme inflammatoire, on pouvait retenir comme date d'exigibilité dans une activité adaptée le 6 décembre 2016, date de la deuxième consultation du rhumatologue traitant. S'agissant de la date d'aptitude à suivre une mesure de réadaptation, l'examineur retenait le 10 avril 2014, puis le 6 décembre 2016. Quant au pronostic, il était bon au niveau ostéoarticulaire. Il était réservé quant à la reprise d'une activité professionnelle au vu de la longue période d'inactivité professionnelle de l'assurée et du ressenti de cette dernière par rapport à ses capacités. En conclusion, l'examineur retenait une capacité de travail de 0 % dans l'activité habituelle de secrétariat et de 100 % dans une

activité adaptée depuis le 6 décembre 2016. 15. Interpellé par l'OAI après retour de l'examen rhumatologique effectué par le SMR, le service de réadaptation de l'OAI a conclu qu'après analyse du dossier de l'assurée, force était de constater que cette dernière était au bénéfice de l'expérience, des connaissances et des compétences pour exploiter sa capacité de travail dans un poste adapté à ses limitations fonctionnelles dans le domaine du secrétariat/assistante administrative. Aucune perte de gain n'était à observer sur la part professionnelle. Des mesures n'étaient pas indiquées car elles ne seraient en effet ni simples ni adéquates au regard de la situation actuelle de l'assurée. Compte tenu de ce qui précédait, une CDR (comparaison des revenus) n'avait pas lieu d'être. Toutefois, si un tel calcul avait été réalisé (ESS ligne 82 pour le RSI versus ESS total niveau 1 pour le RI), la perte de gain théorique n'ouvrirait pas le droit à un reclassement. 16. Le 20 novembre 2018, l'OAI a adressé à la recourante un projet de décision refusant toute rente et mesures professionnelles. Les motifs, confirmés par la décision qui suivra, seront évoqués ci-dessous ad ch. 20. 17. Par courrier du 19 novembre 2018, qui a croisé le projet de décision susmentionné, l'assurée a adressé à l'OAI la copie d'un rapport médical de la clinique générale Beaulieu du 16 octobre 2018. Le neurochirurgien traitant avait demandé une IRM de la colonne cervicale car depuis mi-septembre environ, la patiente ressentait à nouveau des douleurs et compressions. Ces derniers examens permettraient à l'OAI d'avoir un cadre récent de la situation pour pouvoir statuer sur son cas. 18. L'OAI a considéré le courrier susmentionné comme une opposition au projet de décision et a soumis le rapport médical produit pour appréciation au SMR, lequel a considéré, dans un avis du 10 décembre 2018, que l'IRM produite ne montrait pas d'évolution significative par rapport à celle effectuée en octobre 2015. En particulier il n'y avait pas de signe de conflit discoradiculaire et de complications post-opératoires (pas d'anomalie du matériel de spondylodèse). Le nouveau bilan ne montrait pas d'évolution de l'atteinte cervicale. Par conséquent, on ne disposait d'aucun élément nouveau permettant de s'écarter des conclusions médicales précédentes (capacité de travail pleine dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles). 19. Par courrier du 8 janvier 2019, l'assurée faisant cette fois-ci référence au projet de décision du 20 novembre 2018, a rappelé à l'OAI que son état de santé s'était dégradé et qu'un examen médical par IRM avait été effectué le 16 octobre 2018. Elle a en outre précisé qu'elle était également en traitement pour une dépression depuis début décembre 2018 auprès du Docteur I _____, spécialiste FMH en psychiatrie. Elle sollicitait la reconsidération de sa situation. 20. Par décision du 15 janvier 2019, l'OAI a notifié à l'assurée une décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. S'agissant du statut d'assurée, l'OAI considérait qu'en l'absence d'atteinte à la santé, elle aurait repris une activité professionnelle à temps complet. À l'issue de l'instruction médicale, l'OAI reconnaissait une incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle, limitée dans le temps, entre octobre 2013 et avril 2014, puis entre octobre 2015 et octobre 2016. À l'issue de l'examen des mesures de réadaptation, l'OAI considérait que l'assurée était à même d'exploiter sa capacité de travail à temps complet, dans un poste adapté à ses limitations dans son domaine de compétences professionnelles. En conséquence, elle ne subissait pas de diminution de sa capacité de gain durable en raison de l'affection médicale. Des mesures d'accompagnement professionnel simples et adéquates ne permettraient pas de maintenir ou d'améliorer sa capacité de gain. Les incapacités de travail et de gain ayant duré moins d'une année, les conditions du droit à la rente n'étaient pas réunies. Les nouveaux éléments produits dans le cadre de l'audition ne permettaient pas d'écarter l'appréciation initiale. Les conclusions du projet de décision du 20 novembre 2018 restaient inchangées.

21. Par courrier du 29 janvier 2019, représentée par son conseil, l'assurée a sollicité de l'OAI la reconsidération de la décision susmentionnée, considérant au vu des éléments du dossier que le médecin de l'AI reconnaissait une incapacité totale de travail dans toute activité d'octobre 2015 à décembre 2016, période suffisante pour ouvrir le droit aux prestations. En outre, dans son courrier du 8 janvier 2019, l'assurée indiquait être suivie par un psychiatre pour dépression, élément qui n'avait pas fait l'objet d'investigations par l'OAI, et qui pourtant apparaissait avoir une influence durable sur la capacité de travail. Enfin, courant décembre 2018, elle avait consulté d'autres médecins faisant état d'une possible fibromyalgie. Même si ce diagnostic avait été écarté par le spécialiste du SMR, elle rappelait d'une part que ce diagnostic était difficile à poser, et d'autre part que lors de l'examen clinique auprès du SMR, l'assurée, de manière regrettable, avait minimisé les douleurs ressenties et tenté de faire bonne figure, par crainte pour son avenir professionnel. Compte tenu de ces éléments, l'assurée invitait l'OAI dans un premier temps à annuler la décision du 15 janvier 2019, puis à prendre en compte la période d'incapacité totale du 20 octobre 2015 au 6 décembre 2016, pour examiner le droit à la rente, et à compléter les investigations médicales concernant la fibromyalgie et l'éventuel impact de l'état psychique sur la capacité de travail, avant de rendre une nouvelle décision. À défaut de nouvelles de la part de l'OAI au 6 février 2019, son conseil se verrait contraint de saisir la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales) d'un recours afin de sauvegarder les droits de sa mandante.

22. L'assurée, représentée par son conseil, a saisi la chambre des assurances sociales d'un recours, par mémoire du 15 février 2019. Elle concluait à l'annulation de la décision de l'OAI du 15 janvier 2019 et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière pour les mois d'octobre 2015 à mars 2017; à ce que soit ordonnée une expertise pluridisciplinaire (orthopédique, neurologique, rhumatologique et psychiatrique), laquelle devrait se déterminer sur les incapacités de travail successives, les atteintes actuelles à la santé, l'existence d'une fibromyalgie et/ou d'une dépression, et sur l'interaction des différentes atteintes à la santé sur la capacité de travail; cela fait, à ce qu'il lui soit octroyé des prestations d'assurance conformément à la loi sur l'assurance-invalidité, le tout avec suite de frais et dépens. Elle reprochait à l'OAI d'avoir ignoré la conclusion de l'examineur du SMR qui lui avait reconnu une incapacité totale de travail du 20 octobre 2015 au 6 décembre 2016, ce qui lui donnait droit à des prestations, l'invalidité ayant duré plus d'une année; qui plus est, l'art. 88 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) aurait dû conduire l'intimé à lui reconnaître un droit à une rente entière, à tout le moins jusqu'au mois de mars 2017. Elle reprochait encore à l'OAI d'avoir totalement ignoré la problématique psychiatrique qu'elle avait évoquée dans son courrier du 8 janvier 2019, dans lequel elle évoquait une dépression pour laquelle elle était suivie depuis début décembre 2018. Elle indiquait toutefois dans son recours qu'elle était suivie en outre, par délégation, par une psychologue depuis 2015. Elle produisait un rapport du docteur J_____, spécialiste FMH en allergologie et immunologie clinique, maladies rhumatismales médecine interne, daté du « 8 décembre 2018 » (ndr : quand bien même il mentionne des examens de sang du 19 décembre 2018 dont la destinataire du rapport médical aurait reçu une copie). Elle considérait encore que l'appréciation médicale du SMR devait être complétée, d'autant que le diagnostic de fibromyalgie devait être posé avec le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, dès lors qu'au vu des différents avis médicaux, notamment celui du Dr J_____ - dont le Dr H_____ ne disposait pas au moment de son examen -, ce diagnostic ne pouvait pas être d'emblée écarté. L'appréciation du psychiatre traitant pouvait en outre s'avérer déterminante par rapport à ce diagnostic.

23. Par courrier recommandé du 11 mars 2019, la recourante a produit le rapport annoncé du Dr I_____, psychiatre traitant, du 25 février 2019. Ce rapport retenait les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), trouble panique (actuellement en rémission) (F41.0), difficultés liées à une enfance malheureuse, entraînant une perte d'estime de soi (Z61.2). Selon le psychiatre, les diagnostics retenus influençaient négativement la capacité de travail de la patiente. Il expliquait en outre que cette dernière, ayant une anxiété débordante, et peur de ne pas assumer sa tâche de mère, n'a jamais sollicité de certificat médical d'incapacité de travail du psychiatre. Il constatait enfin que dans son évolution, l'état de santé semblait se péjorer avec une dégradation progressive constatée.

24. L'intimé a conclu au rejet du recours par courrier du 16 avril 2019. Le rapport d'examen rhumatologique du SMR devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Le suivi psychiatrique n'avait pas été mentionné par la recourante dans le cadre de sa demande de prestations. Ce n'était qu'en janvier 2019 qu'elle indiquait être suivie par le Dr I_____ depuis décembre 2018. Se référant au rapport médical du psychiatre traitant du 25 février 2019, l'OAI retient que ce médecin indique un suivi depuis décembre 2018. L'intimé observe que les troubles de la personnalité codifiés sous Z ne constituent pas des maladies invalidantes. Le psychiatre ne retient pas de fibromyalgie. Par ailleurs, dans la mesure où le suivi psychiatrique avait commencé en décembre 2018, l'atteinte, pour autant qu'elle soit incapacitante, ne saurait être considérée comme durable au moment où la décision litigieuse avait été rendue. À noter que le projet de décision avait été envoyé fin novembre 2018. Or, les troubles en réaction à une décision négative de l'OAI peuvent être traités médicalement de manière adéquate. Il ne peut en découler de handicap psychique invalidant : dans le cas contraire, la notion juridique d'invalidité n'aurait aucun sens (arrêt du tribunal fédéral 9C_799/2012 du 16 mai 2013 consid. 2.5).

25. La recourante a répliqué par courrier du 16 mai 2019. Elle persiste intégralement dans ses conclusions. L'OAI n'a formulé aucune remarque concernant le droit à la rente pour la période d'octobre 2015 à décembre 2016, voire à mars 2017. Pourtant, son erreur était manifeste par rapport aux périodes d'incapacité de travail reconnues par l'examineur du SMR. L'OAI s'évertuait à créer un lien entre son projet de décision du mois de novembre et les troubles psychologiques annoncés en décembre 2018. Le rapport du psychiatre traitant mentionnait toutefois, mais l'OAI ne le relevait pas, que la patiente était suivie au sein de sa consultation depuis le 6 octobre 2015, principalement pour un travail psychothérapeutique accompli par un psychologue, sous la délégation du psychiatre. Quant à la fibromyalgie, le psychiatre traitant l'a bien évoquée en se référant au rapport du Dr J_____, qui a d'ailleurs précisé que « les péjorations des symptômes douloureux semblent être associées aux péjorations successives ». Enfin, en présence d'une atteinte à diagnostiquer (fibromyalgie), qui requiert en principe le concours d'un psychiatre, on pouvait au moins attendre de l'intimé, respectivement de son médecin-conseil, qu'il investigue les aspects psychiques de façon approfondie. L'instruction médicale était en conséquence manifestement insuffisante.

26. L'intimé a dupliqué par courrier du 11 juin 2019. Il persistait intégralement dans ses conclusions. Dans le cas d'espèce, le rapport du Dr H_____ ne saurait être écarté, il n'existait aucune circonstance particulière qui permettait de justifier objectivement les doutes quant à l'impartialité ou le bienfondé de l'évaluation de ce médecin. Par ailleurs, la reconnaissance d'une atteinte à la santé psychique supposait d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et 6).

27. La chambre de céans a entendu les parties en comparution personnelle le 21 octobre 2019 : 28. Me

Damien BOBILLIER, pour la recourante, a versé à la procédure un chargé complémentaire, sa cliente ayant en effet procédé à des recherches concernant ses antécédents médicaux, notamment sur le plan psychique, et fait établir un rapport actualisé de son psychiatre traitant et de sa psychologue. Une copie du chargé a directement été remise à la représentante de l'OAI. La recourante a déclaré : « Pour répondre à votre question, si je n'ai pas évoqué des problèmes psychiques dès le dépôt de ma demande et jusqu'après la décision entreprise, soit dans mon courrier du 8 janvier 2019, c'est par honte. C'est en effet plus facile pour moi d'évoquer des souffrances physiques que des souffrances intérieures. Depuis le début de mon suivi auprès du Dr I_____, en 2015, je ne me souviens plus avec précision de la fréquence des consultations auprès du médecin lui-même; cela était occasionnel. En revanche, les séances de psychothérapie déléguée, avec Mme K_____, se déroulaient à une fréquence hebdomadaire. Si Mme K_____ me suit depuis 2015, j'ai en revanche été suivie par bien d'autres psychologues auparavant. A l'époque, soit comme cela ressort des pièces 23 et 24 produites avec le chargé de ce jour, de novembre 1988 à mi-avril 2013, j'étais suivie par le Dr L_____, généraliste, qui me traitait pour divers aspects, notamment pour mes problèmes psychiques, avec délégation au cours des années à des psychiatres ou psychologues ». Madame M_____, pour l'intimé : « S'agissant du grief de la recourante qui reproche à l'OAI de n'avoir pas retenu, entre le 20 octobre 2015 et le 6 décembre 2016, l'entier de la période comme sujette à droit à la rente, dès lors qu'elle dépasse une année, j'observe que l'examineur du SMR a évoqué comme date de stabilisation celle du 8 octobre 2016, soit six mois postopératoires. S'agissant de la date du 6 décembre 2016, il s'agit de la date que retient le Dr H_____, coïncidant d'ailleurs avec la deuxième consultation du rhumatologue traitant, comme date d'aptitude à la réadaptation, notion qui ne se recoupe pas avec celle d'incapacité de travail ». Le conseil de la recourante a observé que les conclusions du Dr H_____ lui paraissaient difficilement compatibles avec les explications de l'OAI dans la mesure où il dit clairement que la capacité de travail dans une activité adaptée existe depuis le 6 décembre 2016. Cela devait être lu comme un ensemble avec l'évaluation nulle de l'activité habituelle. La recourante a repris: « Sur question de mon conseil, je dois dire que l'apparition de troubles tant psychiques que physiques remonte à mon adolescence. D'abord les troubles psychiques, assez tôt dans l'adolescence, puis se sont conjugués des troubles physiques, soit maux de dos, fatigue ... Sur question de la CJCAS, je n'ai pas consulté à l'époque pour les troubles psychiques, mais seulement pour les troubles physiques, mais je rappelle qu'il s'agissait de l'époque où j'avais 16 ans, soit en 1988, à l'époque, j'ai commencé à être traitée par le Dr L_____ qui évoque déjà une problématique psychique. Sur question de mon conseil, je peux dire que j'ai été élevée plutôt à la dure : à la maison il y avait peu d'écoute, surtout par rapport à des demandes ou des plaintes de ma part, par rapport aux problèmes évoqués ci-dessus; il était mal vu de se plaindre de ne pas avoir le moral par exemple. S'agissant du contexte familial et de son évolution, il a toujours été difficile pour moi, et ceci depuis l'enfance. Mes parents voulaient un fils, de sorte que je n'ai jamais vraiment été pleinement acceptée, dans la suite il y a eu en 2001, des suspicions d'abus sexuels de la part de mon père sur ma fille, en 2013, au moment du décès de ma mère, j'ai appris qu'elle m'avait déshéritée au profit de mes enfants (j'avais le sentiment renouvelé de ne pas vraiment exister), puis en 2016 j'ai appris que mon père s'était fait escroquer par des Roumaines pour CHF 200'000.-. J'ai été amenée à devoir m'exprimer dans les diverses procédures ouvertes alors, soit notamment sur le plan pénal et sur le plan des mesures tutélaires. Les relations avec ma fille aînée ne sont pas bonnes, depuis les événements de 2001. Elle a d'ailleurs dû être hospitalisée en automne 2018, en psychiatrie

après des scarifications. Toujours sur question de mon conseil, si je n'ai pas parlé des problèmes psychiques que je rencontrais, lors du dépôt de ma demande, c'est que je ne savais pas que les atteintes psychiques pouvaient faire l'objet d'une demande de prestations AI. Sur la question de savoir pourquoi je n'en ai pas parlé au Dr H_____, c'est parce que sa spécialité étant la rhumatologie, je ne voyais pas le rapport avec les problèmes psychiques et les raisons de lui en parler. Il est vrai que mes problèmes psychiques ont une certaine influence sur mes capacités de prendre des décisions. Il m'arrive en effet de prendre une décision et d'en revenir quelque temps après, par culpabilité ou insécurité. Les tests que j'ai faits lors de l'examen du Dr H_____ ne sont pas les mêmes que ceux qui ont été pratiqués par le Dr J_____. Le Dr H_____ a plutôt pris des mesures de la taille de certaines parties de mon corps avec un centimètre, tandis que le Dr J_____ a plutôt appliqué des pressions sur certaines parties de mon corps. Mon conseil me demande pourquoi j'ai tant tardé avant de m'adresser à un rhumatologue : lorsque j'ai décidé de consulter un de ces spécialistes, j'ai choisi le Dr G_____ un peu au hasard mais surtout parce que son cabinet était proche de mon domicile. J'ai le sentiment qu'il n'a jamais pris vraiment mon cas au sérieux. D'autre part, lorsque nous avons envisagé avec le Dr B_____ de consulter un spécialiste pour la fibromyalgie, le Dr G_____ m'a indiqué que cette problématique était plutôt de la compétence d'un psychiatre; le Dr I_____ m'a indiqué qu'il ne s'occupait pas de ce genre de chose. C'est ainsi qu'en discutant avec une amie, elle m'a conseillé le Dr J_____. Si j'ai demandé les prestations à l'AI en 2016 seulement, c'est encore une fois que, mal renseignée, une connaissance constatant que j'avais déjà été opérée deux fois du dos m'a dit que je devrais sans doute pouvoir bénéficier de prestations d'invalidité. D'une manière générale, depuis 2016, tant sur le plan psychique que physique, j'ai le sentiment que mon état de santé s'est péjoré ». Sur quoi un délai a été imparti à la recourante pour produire un rapport médical complet du Dr I_____, répondant aux exigences de la jurisprudence, quant à la valeur probante, et procédant d'une approche correspondant aux indicateurs prescrits par le Tribunal fédéral désormais pour toute maladie psychique. 29. Par courrier du 21 novembre 2019, la recourante a communiqué à la chambre de céans le rapport du Dr I_____ du 6 novembre 2019. Elle observe que ce rapport apporte des informations précieuses, notamment sur l'ancienneté des problèmes psychiatriques et les diagnostics psychiques. En revanche, elle estime que ce médecin n'a pas été en mesure de prendre position de manière claire sur le syndrome douloureux, n'étant pas un spécialiste du domaine. Dans la mesure où ce rapport apparaissait ainsi insuffisant sur cette question, par rapport aux exigences de la jurisprudence, elle persistait intégralement dans ses conclusions (en expertise pluridisciplinaire tendant notamment à déterminer l'existence d'une fibromyalgie et/ou d'une dépression, ainsi que l'interaction des différentes atteintes à la santé sur la capacité de travail). En outre, conformément à la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 8C_122/2019, consid. 6.3 et les références), la recourante concluait également à la condamnation de l'OAI à lui rembourser le montant de CHF 260.- correspondant aux frais d'établissement du rapport du psychiatre traitant réalisé à la demande de la chambre de céans. 30. Dans son rapport susmentionné, le Dr I_____ indique suivre la patiente, en collaboration avec une psychologue pour la partie psychothérapeutique, depuis le 6 octobre 2015, dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent (F33) et une personnalité dysfonctionnelle en lien avec des aspects psychotraumatologiques (Z61.2 et .3). Sollicité pour établir un rapport médical complet principalement en lien avec le trouble douloureux chronique dont elle souffre, il peut, psychiatriquement, poser le diagnostic de trouble de somatisation (F45.0), pour lequel les

critères sont clairement présents chez la patiente. Il répondrait donc à cette demande dans la mesure de ses connaissances médicales et des informations obtenues auprès de la patiente, de sa collègue psychologue, et divers rapports ou dossiers médicaux obtenus auprès de ses confrères, le Dr J _____ (rhumatologue), le docteur L _____ (médecin traitant de 1987 à 2016) et la doctoresse N _____ (psychiatre ayant eu en charge ou ayant évalué la patiente par le passé), ainsi que sur les signes cliniques objectivés lors de ses consultations. Ces constatations peuvent en outre être limitées du fait que sa prise en charge, correspondant à la demande initiale (à son sens adéquate) de la patiente, est ciblée sur la problématique anxio-dépressive et sur les aspects dysfonctionnels et psychotraumatologiques de sa personnalité, et non pas sur une possible conséquence ou comorbidité comme le trouble douloureux chronique. La description du trouble somatisation correspond à ce qu'il objective chez la patiente, mais n'englobe pas tous les signes cliniques qui semblent nécessaires au diagnostic de syndrome douloureux chronique; signes qu'il a en partie observés, qui ont pu être évoqués par un spécialiste comme le rhumatologue (Dr J _____).

La patiente se plaint de douleurs chroniques diffuses de l'appareil locomoteur, parfois exacerbées, par exemple lors de péjorations de l'état thymique ou lors d'efforts physiques trop intenses. Ses douleurs sont quotidiennes et d'intensité variable. Elles sont généralement associées à de l'anxiété, à une exacerbation de l'asthénie et à une grande fatigabilité. Selon l'examen clinique rhumatologique, il semble objectivé que la patiente souffre de multiples douleurs diffuses aux insertions tendineuses (enthésopathies) sur l'ensemble de l'appareil locomoteur. Il n'existe pas d'anomalie biologique pouvant les expliquer et les problèmes dégénératifs arthrosiques ne les expliquent pas suffisamment non plus; douleurs d'origine arthrosique susceptibles de provoquer un excès de nociception, et qui n'expliquent pas totalement le « syndrome douloureux » dont se plaint la patiente, ni même les constatations cliniques (douleurs diffuses des parties molles [ndr : rhumatismes des parties molles appelés aussi fibromyalgie - rapport Dr J _____ 8.12.2018], présence d'enthésopathies diffuses semblant être d'origine centrale). Les symptômes associés observés sont souvent accompagnés d'asthénie et de dysesthésies des extrémités correspondant aux plaintes de la patiente. Le psychiatre avait pu observer les répercussions psychiques liées à ces douleurs, principalement lors de phases d'exacerbation; anxiété importante, ainsi qu'un état de stress émotionnel qui semblait péjoré dans ces moments, par des croyances dysfonctionnelles et un jugement négatif sur elle-même. Enfin, selon l'anamnèse, on pouvait dater le début des symptômes douloureux (principalement au dos) dès l'âge de 16 ans, avec une péjoration progressive, autant physique que psychique, sur des années. Selon son évaluation, il n'y a pas d'éléments suggérant une exagération des plaintes. Le récit et les constatations faites depuis 2015 restent concordants dès le début de la prise en charge (pas de discordance entre les plaintes douloureuses et les répercussions sur son fonctionnement par exemple). La patiente a toujours évoqué sa grande difficulté à réaliser par exemple certaines tâches du ménage, en raison des douleurs et de la fatigabilité au quotidien (instauration d'un temps de repos quotidien dans l'après-midi pour apaiser les tensions douloureuses et pouvoir réussir à poursuivre ses activités familiales). Son entourage avait confirmé cette problématique dans différentes situations; et à plusieurs reprises, pendant les consultations d'une heure, le faciès et la posture antalgique très rigide de la patiente exprimaient la douleur; la patiente dit éviter une position stationnaire (debout ou assise, longtemps), ou de porter des choses lourdes; s'épuise très vite dans les situations où il y aurait beaucoup de stimulations ou de monde (endroits très fréquentés, bruyants etc.). Ce récit apparaît cohérent, depuis le début du traitement, et indique de très nombreuses limitations des activités de toutes sortes, imposées

par la douleur et la fatigabilité, ainsi que l'anxiété et les traits dépressifs qui y sont invariablement associés. Les constatations faites et le récit de la patiente sont restés similaires et concordants depuis le début de la prise en charge y compris avant que ne soit envisagée une demande AI. Tout ou partie des constatations semblent confirmer le diagnostic de trouble dépressif chronique et de changement durable de la personnalité en lien avec des événements traumatiques, selon le dossier et la description de différents médecins ou thérapeutes ayant pris en charge la patiente, depuis novembre 1988 de manière documentée (notamment selon l'attestation médicale de la psychologue du 16 octobre 2019). Malgré sa prise en charge de concert avec la psychologue, et en tenant compte des prises en charge précédentes, de qualité, il constate des échecs successifs des traitements psychiatriques et psychothérapeutiques, quand bien même, dans la mesure de ses limitations inhérentes à la pathologie, la patiente aurait favorablement investi les différentes prises en charge, et suivi les traitements proposés; compliance au traitement, sans pour autant d'évolution favorable significative. On peut donc estimer une chronicisation de la pathologie qui semble peu évolutive; pronostic défavorable à ce jour. La patiente a également, selon ses informations, adéquatement investi son énergie dans la pratique de thérapies alternatives de type corporel, indiquées dans le soin de pathologies psychotraumatiques. Les efforts fournis par la patiente, tant dans le cadre des soins que face aux problèmes personnels semblent cohérents avec ses capacités fonctionnelles. Ainsi, certains actes semblent être faits dans la panique, parfois de manière peu appropriée, mais aussi dans l'évitement, et ce qui en résulte est tout aussi dysfonctionnel et contre-productif. Outre les diagnostics principaux retenus, il constate des comorbidités ou des pathologies consécutives à ces troubles et présentes de manière ponctuelle (antécédents objectivés, ou présents actuellement : traits de trouble de personnalité mixte [non classifiés, les traits ne remplissant pas tous les critères diagnostiques - présence chronique]) : trouble panique (F41.0 - en rémission, absent actuellement); trouble de somatisation (F45.0 - chronique). Les détails du diagnostic du syndrome douloureux chronique n'étant pas sa spécialité, il ne pouvait ici que se référer au diagnostic mentionné par le rhumatologue, dans son rapport à disposition, et faire le rapprochement entre les diagnostics de somatisation et de syndrome douloureux chronique, vu les similitudes, ainsi que les symptômes cliniques évoqués précédemment. Les diagnostics énoncés peuvent expliquer les aspects dysfonctionnels, notamment sur le plan émotionnel et relationnel. Il paraît vraisemblable que cette structure de personnalité soit en tout ou en partie responsable de la difficulté de la patiente à prendre conscience de ses problèmes par le passé, et faire des demandes adéquates de soins et aussi de reconnaissance de sa souffrance. Ces diagnostics peuvent probablement altérer la perception et l'acceptation de la réalité et consécutivement la capacité à y faire face de manière adéquate et constructive. Le contrôle émotionnel en est profondément altéré aussi; la capacité de jugement est elle aussi altérée, semblant osciller entre un jugement excessivement négatif contre soi, ou projectif, voire d'agression. Parmi les facteurs de stress pouvant péjorer les réactions émotionnelles et surtout anxio-dépressives, souvent associées à une péjoration en fréquence et intensité des sensations douloureuses, on peut mentionner : la situation de procédure de succession en cours (la patiente ayant été déshéritée et devant agir en justice contre son père); l'anxiété générée par cette affaire (domicile en jeu avec les difficultés consécutives qui s'y attachent); la grande inquiétude pour sa fille aînée qui souffre de très importants troubles médicaux; sa situation de couple (fréquentes tensions et crainte d'une séparation). N'étant pas lui-même spécialiste du syndrome douloureux chronique, et vu le cadre de sa prise en charge, il n'a pas particulièrement investigué

l'impact du syndrome douloureux chronique en particulier sur les capacités fonctionnelles de la patiente et ne peut ainsi se prononcer sur la nature d'une activité adaptée aux douleurs chroniques et à ses limitations. Il peut toutefois extrapoler de ses constatations générales les limitations fonctionnelles que la patiente présente à l'examen clinique, selon les informations (dossiers, rapports médicaux et informations des proches), et l'anamnèse : outre les nombreuses limitations fonctionnelles déjà évoquées, importante intolérance au stress, associée à une difficulté dans la régulation émotionnelle et donc dans les relations sociales; fatigabilité importante dans de nombreux contextes sociaux (déjà décrits). Tenant compte du tableau global sur le plan psychique, à ce jour et de manière durable, la capacité de travail lui semble nulle (0 %); pronostic défavorable à la vue de la très faible évolutivité du trouble, malgré des thérapies psychiatriques, psychothérapeutiques et somatiques semblant adaptées et dispensées depuis plusieurs années. De plus, l'ancrage du trouble dépressif, ou son origine traumatologique, semble très ancien (apparu au moins déjà en 1988 (Dr L _____), ce qui péjore le pronostic. 31. L'intimé s'est déterminé au sujet de ce rapport psychiatrique, par courrier du 5 décembre 2019, après l'avoir soumis au SMR et adhérant à ses conclusions. Ce dernier retient, dans un avis du 5 décembre 2019 (produit), que le psychiatre traitant n'amène aucun élément objectif permettant de retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent, tel qu'un examen clinique, ou une description des critères cliniques selon la CIM-10. De plus, l'intensité des troubles dépressifs et anxieux retenus n'a pas été décrite. L'assurée, lors de l'examen clinique rhumatologique au SMR le 10 septembre 2018, avait décrit des douleurs bien précises, correspondant aux atteintes somatiques (rachis et rhizarthrose) : il n'y avait pas de description de douleurs diffuses et ainsi un trouble somatoforme douloureux ou une fibromyalgie n'ont pas été évoqués. Le psychiatre traitant décrit que l'assurée présente des limitations fonctionnelles en raison des douleurs dans un grand nombre d'activités de la vie quotidienne, alors que la description d'une journée type lors de l'examen clinique rhumatologique au SMR n'a pas mis en évidence de limitations particulières, en dehors du besoin d'une sieste l'après-midi. Le diagnostic de personnalité dysfonctionnelle (Z61.2,.3) ne peut être considéré comme incapacitant, ne s'agissant pas d'un trouble de la personnalité. L'assurée a par ailleurs pu élever deux enfants, se former, et travailler plusieurs années sans difficultés manifestes, ce qui va à l'encontre d'un trouble de la personnalité. Ainsi, le SMR ne peut suivre les diagnostics retenus par le psychiatre traitant, et ne peut reconnaître les limitations fonctionnelles qu'il décrit, ni une diminution de la capacité de travail. S'agissant du remboursement des frais liés à l'établissement du rapport médical du psychiatre traitant, le Tribunal fédéral a considéré dans un arrêt 8C_100/2013 (consid. 4. 5) que les frais d'expertise privée dont le rapport n'était ni nécessaire ni décisif à l'évaluation de l'état de santé de l'assuré en question n'étaient pas à mettre à la charge de l'assurance (confirmant un arrêt cantonal), et citant en outre plusieurs autres références de doctrine et jurisprudence. La recourante n'a évoqué un suivi psychiatrique qu'à la suite du projet de décision, et n'a fourni aucun document médical psychiatrique antérieurement à la décision litigieuse. De ce fait, les coûts liés à la rédaction d'un rapport médical du psychiatre traitant ne sauraient être mis à la charge de l'office. 32. Les parties ont été informées de ce que la cause serait gardée à juger dès le 2 janvier 2020. 33. La recourante s'est encore exprimée, par courrier de son conseil du 19 décembre 2019, au sujet des observations de l'intimé et du dernier avis du SMR. Il ressort de l'avis de ce service médical que seul a été pris en considération le rapport du psychiatre traitant; ainsi, les autres documents médicaux produits à la procédure (notamment les rapports du Dr J _____ du 8 décembre 2018 [pièce 2 recourante], du

psychiatre traitant des 25 février et 16 octobre 2019 [pièces 22 et 23 recourante], ainsi que l'extrait du dossier médical de l'ancien médecin traitant [Dr L_____], pour les années 1988 à 2013 [pièce 24 recourante]) et les déclarations de la recourante (comparution personnelle) n'ont pas été soumis au SMR, respectivement n'ont pas été pris en considération. Selon elle, ce constat est renforcé par le fait que le médecin-conseil retient que « l'assurée a par ailleurs pu élever 2 enfants, se former, et travailler plusieurs années... » : cette « constatation » est contraire aux pièces produites démontrant précisément le contraire, avec des épisodes dépressifs réguliers, depuis l'adolescence, sans oublier les difficultés personnelles, médicales, familiales et professionnelles décrites par la patiente. Non seulement l'avis du SMR entre en contradiction crasse avec les éléments factuels au dossier, mais il se limite encore à critiquer les conclusions du psychiatre traitant, sans chercher à établir la situation médicale ou à en préciser l'anamnèse. S'agissant du remboursement des frais, il est irrationnel et déraisonnable de reprocher à une personne atteinte notamment d'un trouble de la personnalité et de troubles dépressifs d'avoir tardé à annoncer l'intégralité de ses atteintes à la santé immédiatement, d'autant que celles-ci sont évolutives. Le rapport du psychiatre traitant visait à combler une lacune dans l'instruction du dossier par l'intimé. Le fait que ce rapport psychiatrique (Dr I_____) soit incomplet, notamment s'agissant du syndrome douloureux, n'enlève rien au fait que le psychiatre traitant met en évidence une importante problématique psychique et psychiatrique, susceptible d'influer sur les conclusions des précédents médecins mandatés par l'OAI, et sur lesquelles repose sa décision. Ainsi, la position soutenue par l'intimé, qui se plaignait de ne pas avoir de données médicales, mais qui s'oppose également aux investigations complémentaires et au remboursement des frais, apparaît contradictoire, sinon chicanière. 34. Par courrier spontané du 6 mars 2020, la recourante a encore produit, « pour le bon ordre du dossier », copie des derniers rapports médicaux, des 24 janvier et 20 février 2020. Elle observe que ces rapports démontrent que sa situation médicale continue à se dégrader au niveau cervical (discopathie dégénérative C3-C4, avec sténose foraminale marquée), ce qui selon elle justifie d'autant plus la mise en place d'une expertise, voire le renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Ainsi, les documents médicaux nouveaux produits concernent un récent bilan radiologique :

- rapport du docteur O_____, spécialiste FMH en radiologie, du 24 janvier 2020, commentant les examens suivants : CR colonne cervicale et colonne lombaire; MR colonne vertébrale niveau cervical et qui conclut à une disco-uncarthrose C3-C4 dans le cadre d'un syndrome du segment adjacent, après Cloward C4-C5 et C5-C6 ; spondylodèse L5-S1. Globalement le matériel chirurgical est en place et intègre, sans signe de descellement;
- rapport d'IRM cérébrale du 24 janvier 2020 du même médecin, qui conclut par rapport au status post-opération chirurgicale de type Cloward susmentionné : pas de sténose foraminale C4-C5 gauche résiduelle; minime débord disco-ostéophytaire C5-C6 postérolatéral gauche sans anomalie médullaire et sans sténose pré-foraminale notable; discopathie dégénérative C3-C4 avec débords disco-ostéophytaires bilatéraux, responsable à gauche d'une sténose foraminale marquée;
- rapport de consultation du docteur P_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, consultante au service de neurochirurgie HUG, du 20 février 2020, qui retient les diagnostics suivants : discopathie dégénérative C4-C5 avec sténose pré-foraminale G > D; cervicalgies irradiant vers l'épaule, la nuque et en occipital G; s/p Cloward C4-C5 et C5-C6 (8 avril 2016); s/p PLIF L5-S1 avec spondylodèse (10 janvier 2013); et s/p infiltration au nerf d'Arnold sans effet net. Elle propose une consultation chez le docteur Q_____ pour discuter les options d'une infiltration C3-C4 G péri-durale avec l'acide hyaluronique à la place de la cortisone (mal

supportée); elle ne recommande pas une troisième discectomie au niveau C3-C4, à ce stade. Elle décrit les plaintes actuelles de la patiente (blocage au niveau des cervicales avec une douleur correspondant au dermatome C4 G jusqu'à l'épaule et au niveau du Margaux Mediales, scapula G; difficultés à rester assise de manière statique. Évoque certains éléments anamnestiques (ancienne secrétaire d'avocats, demande AI en cours). Après avoir procédé à un examen neurologique et étudié le bilan radiologique susmentionné, elle conclut comme suit : ne recommande pas une intervention chirurgicale au vu de l'IRM actuelle; pas de complications concernant le matériel au niveau cervical ni lombaire. Prochaine étape : infiltration ciblée au niveau C4 pour confirmer ce niveau comme origine des douleurs; recommande des exercices de relaxation au niveau de la ceinture cervico-dorsale; avis du Dr Q_____ (souhaité par la patiente) avant une éventuelle infiltration (susdécrite). 35. Le courrier du conseil de la recourante et ses annexes ont été transmis à l'intimé. 36. Les parties ne se sont plus manifestées. 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 le droit de la recourante à une rente et/ou des mesures professionnelles. 5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 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 et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques

objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 7. 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 LPG. 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). Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5). b. La fibromyalgie est une affection rhumatismale reconnue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (CIM-10 : M79.0), caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéoarticulaire et s'accompagne généralement d'une constellation de perturbations essentiellement subjectives (telles que fatigue, troubles du sommeil, sentiment de détresse, céphalées, manifestations digestives et urinaires d'allure fonctionnelle). Comme la fibromyalgie ne peut guère, étant donné son étiologie incertaine, être rangée dans la catégorie des atteintes à la santé psychiques ou psychosomatiques, ou encore dans celle des atteintes à la santé organiques, il se dégage une tendance générale parmi les auteurs d'admettre une combinaison de ces deux éléments, avec cependant une prépondérance des facteurs psychosomatiques. À ce jour, le Tribunal fédéral n'a cependant pas pris position sur cette controverse médicale (ATF 132 V 65 consid. 3.2 et 3.3; ATAS/581/2020). En ce qui concerne la question de l'appréciation de la capacité de travail d'une personne atteinte de fibromyalgie, il faut admettre que l'on se trouve dans une situation comparable à celle de l'assuré souffrant d'un trouble somatoforme douloureux. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des points communs. Tout d'abord, on peut constater que leurs manifestations cliniques sont pour l'essentiel similaires (plaintes douloureuses diffuses). C'est d'ailleurs la raison pour laquelle il n'est pas rare de voir certains médecins poser indistinctement l'un ou l'autre diagnostic ou assimiler la fibromyalgie au trouble somatoforme douloureux. Ensuite, dans l'un comme dans l'autre cas, il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs

exprimées. Cela rend la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé. En particulier, un diagnostic de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Certains auteurs déclarent du reste que la plupart des patients atteints de fibromyalgie ne se trouvent pas notablement limités dans leurs activités. Eu égard à ces caractéristiques communes et en l'état actuel des connaissances, il se justifie donc, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part. On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.2; ATAS/581/2020 et réf. citées; ATAS/1133/2018). c. 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 les 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. 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, des potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes : -

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). Le « complexe personnalité » englobe à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : auto-perception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). d. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une telle évaluation si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va notamment ainsi lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable, ou si l'existence d'une incapacité de travail est niée de manière convaincante par un avis médical spécialisé ayant pleine valeur probante et que les éventuels avis contraires peuvent être écartés faute de pouvoir se voir conférer une telle valeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). 8. 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 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) 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 LPGGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (voir également Michel VALTERIO, commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Schulthess éditions romandes 2018 ad art. 28 ch. 2 notes 16 p. 392 et références citées). 9. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c

LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. b. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). c. Le juge 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). d. 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). e. 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). f. 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).

10. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

11. 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). 12. 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). 13. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). 14. En l'espèce, la décision entreprise se fondant essentiellement sur l'examen spécialisé auquel la recourante a été soumise auprès du Dr H_____, rhumatologue FMH et médecin SMR, il y a lieu de déterminer si son rapport peut se voir reconnaître une pleine valeur probante, conformément aux principes jurisprudentiels rappelés ci-dessus (consid. 9). Selon ces principes, 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. 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. À cet égard, la chambre de céans constate que l'examineur, médecin interne à l'assurance-invalidité, est un spécialiste reconnu (rhumatologue FMH, ainsi qu'en médecine physique et rééducation FMH); son rapport se fonde sur des examens complets - il a

examiné attentivement l'assurée -, il a pris en compte les plaintes de cette dernière, recueilli tous les éléments nécessaires (anamnèse), et les avis exprimés par les divers médecins, traitants ou consultés; il a également pris position de manière détaillée sur les avis de ses confrères, expliquant les raisons pour lesquelles il s'en écartait, le cas échéant, ou au contraire s'il en partageait l'avis. N'en déplaît à la recourante, ses conclusions sont claires et cohérentes. Ce rapport peut dès lors se voir reconnaître une pleine valeur probante, les points litigieux importants ayant été traités, l'examineur ayant pour le surplus répondu à toutes les questions posées, et procédé ab ovo à un examen approfondi, s'agissant de déterminer si le diagnostic de fibromyalgie évoqué par le Dr. B _____ était justifié ou non. Il indique en effet (rapport d'examen rhumatologique p. 9) qu' « au vu du diagnostic évoqué de possible fibromyalgie par le Dr. B _____, nous prenons en détails le descriptif des douleurs selon le WPI du questionnaire de Wolfe. L'assurée a une fatigue vespérale de longue date, elle ne se plaint pas de sommeil non réparateur ou de troubles cognitifs, elle n'a pas l'impression d'être déprimée, elle n'a pas de céphalées. Globalement, le score de Wolfe est négatif à la recherche d'une fibromyalgie ». Il a par conséquent exclu le diagnostic de fibromyalgie, au vu de son examen personnel de l'expertisée, et des examens complémentaires (rapport d'examen rhumatologique du SMR, p. 7 « dépistage d'une fibromyalgie »). Or, comme rappelé ci-dessus, dans la définition de la fibromyalgie, si le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, sauf pour les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.2; ATAS/581/2020 et réf. citées; ATAS/1133/2018). Dans le cas particulier, et contrairement à ce qu'allègue la recourante (mémoire de recours p. 3 au ch. 7) le Dr G _____ (rhumatologue) - alors que le Dr B _____ ne l'est pas - n'a pour sa part pas retenu ce diagnostic. La recourante vise ses pièces 2 et 13 pour attester de son allégué : force est toutefois de constater que la pièce 2, postérieure au projet de décision de l'OAI, est un rapport de consultation pour un deuxième avis rhumatologique du Dr J _____ (8 décembre 2018), certes antérieur à la décision entreprise, mais qui n'a toutefois été produit qu'au stade du recours. Il indique dans son courrier (mais cela n'est pas exact) que « le Dr G _____ aurait semble-t-il posé le diagnostic de fibromyalgie ». Or, la pièce 12 produite par la recourante (rapport du Dr G _____) et les autres rapports de ce médecin, versés au dossier, ne retiennent pas ce diagnostic. On remarquera d'ailleurs que le Dr J _____ ne prend pas position par rapport à l'examen rhumatologique du Dr H _____. Selon la jurisprudence rappelée précédemment, 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). Tel n'est pas le cas en l'espèce. Enfin, on ne saurait se contenter de l'affirmation de la recourante, selon laquelle « au moment de l'examen (elle) se faisait du souci pour sa situation économique et son avenir professionnel, de sorte qu'elle a minimisé les douleurs ressenties et tenté de faire bonne figure ». Il résulte dès lors de ce qui précède que l'on peut reconnaître au rapport d'examen rhumatologique du Dr H _____ une pleine valeur probante, dès lors qu'aucun avis médical des médecins traitants et/ou consultés par la

recourante, ni aucun autre élément du dossier ne permettent, en l'espèce, de nourrir même le moindre doute par rapport à une démonstration objective, que l'examineur du SMR aurait ignoré un élément important du dossier faisant apparaître son examen comme manquant d'objectivité ou suscitant des hésitations quant à sa fiabilité. Ce grief doit en conséquence être rejeté. 15. La recourante fait ensuite le reproche à l'intimé de n'avoir pas suffisamment instruit son dossier médical, en ignorant le suivi psychiatrique annoncé, pour la première fois dans le cadre de la contestation du projet de décision du 20 novembre 2018, par son courrier du 8 janvier 2019 indiquant à l'OAI qu'elle était également en traitement pour une dépression depuis début décembre 2018 auprès du Dr I_____, spécialiste FMH en psychiatrie. Certes, l'annonce de la recourante à l'OAI, après réception du projet de décision rejetant sa demande de prestations, de ce qu'elle était suivie pour dépression depuis début décembre 2018 par un psychiatre, pouvait laisser supposer un certain effet réactionnel résultant du fait que l'intéressée avait appris, peu de temps avant de s'adresser à un psychiatre, que sa demande de prestations de l'assurance-invalidité allait être rejetée. La chambre de céans est toutefois d'avis que, dans le contexte de ce dossier, où était évoquée une possible fibromyalgie, quand bien même l'examineur du SMR, spécialiste en rhumatologie, aboutissait à la conclusion qu'il ne pouvait retenir ce diagnostic, il n'empêche que l'OAI, nanti de cette information (de suivi psychiatrique), ne pouvait faire l'économie d'une investigation médicale plus précise, dès lors que, selon la nature particulière de la fibromyalgie, rappelée précédemment, quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Or, jusque-là, l'OAI, qui aurait dû le faire, s'était contenté de faire appel au seul spécialiste en rhumatologie sans solliciter l'avis d'un psychiatre, contrairement à l'exigence rappelée ci-dessus. L'OAI aurait dû spontanément solliciter un rapport du psychiatre traitant. Il en aurait appris que ce n'était pas seulement depuis la réception du projet de décision négative que la recourante se serait adressée à lui, dans un contexte réactionnel, mais au contraire, qu'il suivait cette patiente depuis 2015 déjà, pour les affections psychiatriques l'ayant appelé à suivre la patiente, notamment dans le cadre d'une psychothérapie, effectuée par une psychologue diplômée, sous sa délégation, expliquant encore que l'intéressée étant plutôt craintive, en ce qui concerne les traitements pharmacologiques, elle avait uniquement bénéficié par le passé d'un traitement par antidépresseurs. Et s'il avait sollicité ce psychiatre par rapport à la question d'une éventuelle fibromyalgie, l'OAI aurait très probablement dû ordonner une expertise psychiatrique, compte tenu du fait que ce spécialiste aurait probablement d'emblée indiqué, - comme il l'a fait ultérieurement-, qu'il n'était pas spécialiste en matière de fibromyalgie, respectivement de troubles somatoformes douloureux. Ainsi, quand bien même les documents médicaux, d'ordre psychiatrique notamment, ont été produits postérieurement à la décision dont est recours, ils trouvent néanmoins leur origine, comme on l'a vu, largement antérieurement au prononcé du projet de décision et de la décision formelle qui en confirmait les conclusions. Dans cette mesure, il apparaît que l'OAI n'a pas suffisamment instruit le dossier médical avant de rendre la décision entreprise, de sorte que le dossier devra lui être retourné, pour la mise en place d'une expertise psychiatrique (voire pluridisciplinaire avec, en matière somatique, un volet rhumatologique), selon une procédure consensuelle (art. 44 LPG), confiée à un/des expert(s) indépendant(s), spécialiste(s) de ce type d'affections, charge à l'expert psychiatre désigné d'examiner ces questions en respectant les exigences d'une

procédure structurée, prenant en compte les indicateurs définis par la jurisprudence du Tribunal fédéral dès 2015, applicable depuis lors non seulement aux troubles somatoformes douloureux, mais à diverses pathologies analogues comme précisément la fibromyalgie, et depuis plus récemment encore, à toute affection psychiatrique. L'expert psychiatre désigné devra non seulement se prononcer sur la question spécifique de l'existence de troubles somatoformes ou associés, mais également sur les autres diagnostics d'ordre psychiatrique qu'il pourrait être amené à retenir, et leur incidence sur l'état de santé et sur la capacité de travail de la recourante (limitations, influence sur le rendement...). Enfin, les experts devront se concerter au sujet de leurs conclusions respectives.

16. C'est le lieu d'évoquer une question litigieuse survenue en cours de procédure judiciaire, au sujet de la prise en charge des honoraires du Dr I_____ pour l'établissement de son rapport circonstancié (du 6 novembre 2019). Selon la recourante, qui a par ailleurs démontré avoir payé la note litigieuse (selon justificatifs annexés au courrier de son conseil du 21 novembre 2019), le remboursement de cette facture de CHF 260.- devrait être mis à la charge de l'OAI. L'intimé s'y oppose, pour les motifs qu'il a exposés. Il n'y a en l'espèce pas lieu de trancher cet aspect du différend entre les parties, qui peut en l'espèce rester ouvert. En effet, étant à l'origine de la demande de rapport du psychiatre traitant, - ce qui dans le cas particulier a été fait via la recourante -, la chambre de céans remboursera directement le montant susmentionné, par crédit du compte courant « rubrique honoraires » du conseil de la recourante, par le débit duquel la note d'honoraires du psychiatre traitant avait été acquittée le 20 novembre 2019.

17. Enfin, la recourante fait valoir que l'intimé a retenu, dans la décision entreprise, de manière erronée, que l'incapacité totale de travail était limitée dans le temps, pour la dernière période, d'octobre 2015 à octobre 2016. Elle considère qu'il s'agirait là d'une inadvertance de la part de l'intimé dès lors que, dans son rapport sur lequel l'OAI se fonde, le Dr H_____ a fixé cette période d'incapacité totale du 20 octobre 2015 au 6 décembre 2016. Elle estime, dans ces circonstances, que l'incapacité totale de travail ayant duré plus d'une année, les conditions d'octroi d'une rente seraient réalisées. Certes, on ne comprend pas la raison pour laquelle l'OAI s'est écarté de la date de fin d'incapacité de travail retenue par l'examineur du SMR; l'OAI n'a nullement motivé son point de vue. Cela n'est toutefois pas déterminant en l'espèce : comme rappelé précédemment, 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 (voir également Michel VALTERIO, op. cit., ad art. 28 ch. 2 notes 16 p. 392 et références citées). Dans le cas d'espèce, il ressort de ce qui précède et de la doctrine que la durée de l'incapacité de travail n'importe pas si au moment de la naissance du droit à la rente (en l'occurrence au plus tôt six mois après le dépôt de la demande, soit au début décembre 2016), l'assurée n'était plus en incapacité, ce qui est le cas en l'espèce. Dans cette mesure également, l'art. 88a RAI n'est d'aucun secours à la recourante dès lors que cette disposition implique la préexistence d'une rente sinon le droit préexistant à une rente, ce qui n'était pas le cas en l'occurrence.

18. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis; la décision de l'OAI du 15 janvier 2019 sera annulée et le dossier sera retourné à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

19. La recourante obtenant partiellement gain de

cause, une indemnité de CHF 1'900.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGa; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). 20. Etant donné que la procédure n'est pas gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 300.-. 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.