

GE_GERICHTE A/976/2018 vom 12. November 2019

GE Cour de justice, 2019-11-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_976_2018

FR: GE_GERICHTE A/976/2018 du 12 novembre 2019

IT: GE_GERICHTE A/976/2018 del 12 novembre 2019

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, représentée par la doctoresse B_____ recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1967, mariée, suisse par naturalisation en 2007, entrée en Suisse en 1988, a occupé divers emplois, notamment en tant que jeune fille au pair et garde d'enfants à domicile, femme de chambre dans divers hôtels genevois, vendeuse de prêt-à-porter. Elle s'était en dernier lieu retrouvée au chômage, et avait épuisé ses indemnités de chômage en octobre 2016. En 2014 elle avait obtenu un diplôme sur les techniques de vente, et pendant sa période de chômage, en 2016, elle a notamment bénéficié de formations avec certificats sur ordinateur (Word, initiation à Windows, Outlook et Internet. Elle parle couramment le français et le portugais est sa langue maternelle; elle a de bonnes connaissances orales en italien et des connaissances suffisantes pour l'accueil des clients en anglais. 2. L'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en date du 22 décembre 2016. L'atteinte à la santé relève de la maladie, soit des lombalgies chroniques, troubles de la posture, ostéochondrose sévère L3-L5 Modic II, tunnel carpien bilatéral, anévrisme cérébral, bifurcation M1 de l'artère cérébrale moyenne droite, découvert récemment. Son médecin traitant était la doctoresse B_____, spécialiste FMH en médecine interne générale; elle était également suivie par le docteur C_____, médecin agrégé et privat-docent au service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG), pour son problème d'anévrisme depuis le 9 décembre 2016. 3. Sur le plan médical, il ressort du dossier de l'OAI que l'atteinte lombaire existait déjà en 2002: une IRM du service de radiologie de la clinique Générale-Beaulieu du 8 novembre 2005 (doctoresse D_____, radiologue FMH), concluait à une discarthrose L5-S1 de type inflammatoire à gauche et de type III à droite ; hernie discale avec un petit fragment médian, légèrement paramédian droit L5-S1 au contact mais sans compression de la racine S1 droite ; discopathie L3-L4 et L4-L5 avec rupture de l'anneau fibreux postérieur et faible degré de protrusion discale, mais sans compression radiculaire. 4. La Dresse B_____ a établi un rapport médical à l'intention de l'OAI en date du 25 janvier 2017 (Doc 12 dossier OAI) : avant l'atteinte à la santé, la capacité de travail (ci-après CT) exigible était entière, elle était actuellement de 50 % dans l'activité habituelle et adaptée, moyennant le respect des limitations fonctionnelles. Les diagnostics avec effet sur la CT étaient : anévrisme non rompu artère cérébrale moyenne bifurcation, type sacciforme (droite), ancienne contusion cérébrale - calcification frontale droite, et les diagnostics sans effet sur la CT étaient: épisode dépressif moyen à sévère (suivi), lombalgies chroniques, surcharge pondérale. Ce médecin suivait la patiente depuis le 27 août 2002 et le dernier contrôle remontait au 17 janvier 2017. À l'anamnèse, l'épisode dépressif s'était aggravé depuis le 13 mars 2016, la

patiente étant suivie en psychothérapie chez la doctoresse E _____ ; les lombalgies étaient traitées depuis 2002, par de la physiothérapie ainsi que des médicaments (AINS et myorelaxants); l'anévrisme cérébral avait été découvert le 11 octobre 2016 ; elle relevait notamment une thymie triste, des troubles de concentration, troubles du sommeil, mais retenait un pronostic favorable. Un travail à 50 % était exigible, une activité à 100 % n'étant pas possible en raison de la fatigabilité, des troubles thymiques et des lombalgies chroniques. Le médecin traitant retenait une incapacité de travail (ci-après: IT) de 50 % dès le 13 mars 2016, en cours. Les restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes étaient: pas de port de charges de plus de 5 kg, repos (possibilité de travailler à 50 %), troubles de la concentration, troubles de l'adaptation et diminution de la résistance. La CT encore exigible était de 50 %. Le rendement était réduit en raison de la fatigabilité, des lombalgies et des troubles de la concentration. S'agissant de l'évolution de la CT, le médecin traitant avait délivré successivement des arrêts de travail, à 100 % dès le 22 novembre 2014 pour accident, avec reprise à 100 % dès le 20 janvier 2015; un nouvel arrêt de travail à 100 % dès le 16 octobre 2015, pour maladie, avec reprise à 50 % dès le 22 janvier 2016 ; nouvel arrêt de travail à 100 % dès le 22 février 2016, puis à 50 % dès le 12 mars 2016. S'agissant de l'anévrisme découvert à fin 2016, le rapport de consultation neurovasculaire chirurgical du 9 décembre 2016 (Dr C _____) retenait un anévrisme N° 1, découvert fortuitement en décembre 2016, non rompu- asymptomatique, artère cérébrale moyenne bifurcation, type sacciforme; le spécialiste recommandait un suivi régulier de la tension artérielle et du cholestérol, avec prochaine consultation dans un an. 5. Le service médical régional de l'AI [Docteur F _____] (ci-après : SMR) a émis un avis médical le 30 mai 2017 : patiente de 49 ans, en IT depuis le 13 mars 2016, pour les conséquences annoncées d'un anévrisme cérébral, de lombalgies chroniques et d'un épisode dépressif. Dans son rapport médical du 25 janvier 2017, le médecin traitant retient comme pathologie incapacitante un anévrisme non rompu de l'artère cérébrale moyenne et la présence d'une calcification frontale droite post-traumatique. Il atteste également d'un épisode dépressif moyen à sévère, traité par Cymbalta et suivi psychothérapeutique. L'assurée présentait également des lombalgies chroniques en rapport avec une ostéochondrose sévère L3-L5 de type Modic II. En raison des limitations fonctionnelles retenues : lombalgies non déficitaires, thymie triste, troubles de la concentration, troubles du sommeil, le médecin traitant retient une CT de 50 % dans l'activité habituelle, depuis le 13 mars 2016. S'agissant de l'anévrisme asymptomatique, de découverte fortuite, les spécialistes recommandent une simple surveillance et un suivi de la tension artérielle. En conclusion, les pièces médicales versées au dossier ne permettent pas au SMR de se positionner sur la CT exigible et l'évolution de l'état dépressif annoncé par le médecin traitant. Il recommandait à l'administration de poursuivre l'instruction en sollicitant un rapport médical du psychiatre traitant. Sur le plan somatique, le SMR a sollicité directement des renseignements complémentaires du médecin traitant, par courrier du 30 mai 2017. 6. Par courrier du 7 juillet 2017, le médecin traitant a répondu au SMR : depuis son dernier rapport de janvier 2017, l'état de la patiente restait stable, mis à part des céphalées fréquentes, l'IRM cérébrale avait permis de mettre en évidence la présence d'un anévrisme de la bifurcation M1 de l'artère cérébrale moyenne du côté droit de 5 x 3.7 mm orienté vers le bas à contours réguliers, le collet semblait large. Elle présentait d'autre part une calcification frontale antérieure droite de 24.2 x 12.5 mm, probablement une séquelle de contusion cérébrale, suite d'une agression de son beau-père pendant l'enfance (selon le rapport d'IRM cérébrale du 11 octobre 2016 du service de radiologie de la clinique Générale-Beaulieu [docteur G _____, radiologue FMH] annexé). La patiente bénéficiait

d'une prise en charge neurovasculaire auprès de la consultation neurologique des HUG. Elle présentait un état dépressif moyen actuellement bien stabilisé; également des lombalgies, sous traitement antalgique et AINS au long cours. On pouvait considérer que l'état de la patiente était actuellement stabilisé. Elle avait travaillé comme vendeuse, et avait actuellement entrepris de sa propre initiative une formation pour travailler à la ludothèque. Le médecin considérait qu'elle était capable de travailler à 50 % dans un poste adapté et cadré à la ludothèque. Par contre le travail de plus de 50 % était strictement contre-indiqué. Une nouvelle copie du rapport déjà versé au dossier de consultation neurovasculaire chirurgical du 9 décembre 2016 était annexé à ce courrier. 7. Le SMR a émis un nouvel avis le 3 janvier 2018 : dans son rapport du 7 juillet 2017, le médecin traitant attestait d'un état de santé stabilisé avec la persistance de céphalées fréquentes, un état dépressif moyen, des lombalgies traitées par antalgiques et AINS. Selon le médecin traitant, la CT résiduelle était de 50 %. Dans ce contexte et en conclusion, le SMR considérait que la CT dans l'activité habituelle était de 50 % en raison des lombalgies chroniques et qu'en l'absence de limitations fonctionnelles en rapport avec l'anévrisme cérébral, la CT dans une activité adaptée est de 100 % depuis toujours. 8. Par courrier du 23 janvier 2018, l'assurée a transmis à l'OAI la copie de son contrat de travail avec la Fondation genevoise pour l'animation socioculturelle (ci-après : FASe) concernant un remplacement à la ludothèque H_____, dès le 1^{er} juin 2017, pour un taux d'activité de 35 % soit 14 heures hebdomadaires, pour un salaire mensuel brut de CHF 1'609.30, la part du 13^{ème} salaire étant versée à fin juin et fin décembre. 9. Il ressort d'une note sur le statut du 25 janvier 2018 que l'OAI pouvait considérer qu'en bonne santé l'assurée exercerait une activité salariée à 100 % et retenait en conséquence le statut d'une personne active. Sur cette base, le degré d'invalidité a été calculé, sur la base des statistiques de l'enquête suisse des salaires (ci-après : ESS) 2014, tableau TA1_tirage_skill_level pour une femme, total, dans une activité de niveau 1, à hauteur de 41.7 heures par semaine, tant pour le salaire avec que sans invalidité, le salaire avec invalidité étant pris en compte avec une réduction complémentaire de 10 %, la perte de gain étant fixée à hauteur de CHF 5'451.-, soit un taux d'invalidité de 10 %. 10. Par courrier du 25 janvier 2018, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. À l'issue de l'instruction médicale, le SMR reconnaissait une incapacité de travail de 50 % dans son activité habituelle de vendeuse, depuis le 13 mars 2016, et une CT de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, et ce depuis toujours. Le taux d'invalidité déterminé par la comparaison des revenus avec et sans invalidité était déterminé à hauteur de 10 %, ce projet de décision expliquant en outre à l'assurée la manière dont les calculs du taux d'invalidité avaient été déterminés. 11. En date du 5 mars 2018, en l'absence de toute observation de la part de l'assurée, dans le délai prescrit, l'OAI lui a notifié une décision de refus de rente et de mesures professionnelles, reprenant rigoureusement les bases du projet de décision susmentionné. 12. Par courrier du 15 mars 2018 adressé au médecin-conseil de l'OAI, et transmis à la chambre de céans pour motif de compétence, la Dresse B_____ a interjeté recours contre la décision susmentionnée. Elle conclut implicitement à l'annulation de la décision entreprise: la demande de rente à 50 % a été déposée pour cette patiente qui présente des lombalgies chroniques très handicapantes ; ostéochondrose sévère L3-L5 de type Modic II et protrusion discale L3-L4-L5 dans le cadre d'une discopathie étagée. Elle présente également un syndrome du tunnel carpien bilatéral. Elle est également suivie dans le service de neurochirurgie des HUG dans le contexte d'un anévrisme de bifurcation M1 de l'artère cérébrale moyenne droite et elle va bénéficier prochainement de la consultation

auprès du Dr C_____. Elle présente en outre un état dépressif dans le contexte de la maladie grave de son mari qui doit bénéficier d'une transplantation du coeur. Elle est suivie à cet égard sous forme de traitement antidépresseur et de psychothérapie. Son état s'est fortement aggravé dans les six derniers mois, autant sur le plan psychique que sur le plan somatique. Âgée de 60 (sic!) ans, il lui est impossible de travailler à 100 %. Elle souhaite être intégrée sur le plan social et manifeste un fort désir de travailler ; selon le médecin traitant une activité à 50 % paraît réalisable. 13. De son côté, l'assurée a également interjeté recours contre la décision susmentionnée, par courrier du 22 mars 2018, lui aussi adressé au médecin-conseil de l'OAI et transmis à la chambre de céans pour motif de compétence. Elle conclut implicitement à l'annulation de la décision entreprise. Elle s'est référée à l'intervention par courrier séparé de son médecin traitant. Un travail à 100 % ne peut que compliquer et aggraver sa situation, alors que le support d'une rente partielle de l'assurance-invalidité lui permettrait de se maintenir dans le monde du travail, durablement, et lui permettrait de se soigner de manière adéquate. Son état n'a pas vocation à s'atténuer sans médication et sa compliance au traitement ne peut que stabiliser une situation irrémédiable. 14. Selon procuration signée le 10 avril 2018, la recourante a dûment habilité son médecin traitant à l'assister et à la représenter dans le cadre de ce recours. 15. L'OAI s'est déterminé sur le recours par courrier du 16 avril 2018. Il conclut à son rejet. Le courrier du médecin traitant du 15 mars 2018 a été transmis au SMR pour examen; ce service médical s'est déterminé dans un avis du 28 mars 2018 annexé à la réponse au recours. L'OAI se ralliant à l'avis de son service médical considère que les éléments apportés par la recourante ne sont pas susceptibles de modifier son appréciation du cas. Dans un bref avis du 28 mars 2018, le SMR (Dr I_____) observe que dans son courrier du 15 mars 2018, le médecin traitant reprend les diagnostics déjà évalués (lombalgies chroniques, état dépressif et anévrisme intracérébral), sans apporter d'éléments nouveaux. Comme déjà relevé dans l'avis du SMR du 3 janvier 2018, l'anévrisme est asymptomatique, le trouble dépressif est réactionnel ; les lombalgies ne peuvent justifier d'incapacité dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles. De plus, le médecin traitant intègre dans son appréciation des facteurs extra-médicaux (âge, maladie du conjoint) ne pouvant être pris en compte dans l'appréciation de l'intimé. 16. Dans un courrier adressé au SMR le 11 mai 2018, et en copie à la chambre de céans par pli du 14 mai 2018, la Dresse B_____ a répliqué : se référant à l'avis du SMR, et réagissant au fait que la demande de la recourante serait plutôt dictée par des facteurs psychosociaux dans sa prise en charge, elle souligne que sa patiente présente des lombalgies chroniques, un anévrisme inter-cérébral avec suivi aux HUG et récemment une décompensation d'un état dépressif (état dépressif moyen à sévère nécessitant une prise en charge psychothérapeutique par le docteur J_____, psychiatre et psychothérapeute FMH). Cette situation s'étant nettement aggravée ces derniers temps, en particulier sur le plan psychiatrique, elle persiste dans le recours, invitant le SMR à prendre contact avec le psychiatre traitant, et à réévaluer globalement l'état de santé de la recourante. 17. L'OAI a brièvement dupliqué, persistant intégralement dans sa position. 18. La chambre de céans a convoqué les parties à une audience de comparution personnelle, qui s'est tenue le 5 novembre 2018 : la recourante n'a pas comparu, pour les raisons exposées par sa mandataire, la Dresse B_____, qui a déclaré : « Vous constatez que la recourante n'est pas présente et vous me demandez si j'ai eu un contact avec elle avant cette audience. Je vous réponds par l'affirmative en précisant qu'elle m'a indiqué ne pas avoir reçu de convocation. Vous me faites observer qu'en tant que mandataire, pour assister la recourante dans cette procédure, cette dernière reçoit toutes les

communications y compris les convocations la concernant auprès de moi-même, en tant que mandataire. Vous me faites également observer que c'est ce qui ressort du libellé de la convocation. Il m'incombait donc de transmettre à ma patiente la convocation reçue pour elle à mon adresse professionnelle. Pour répondre à votre question, je persiste tout d'abord à affirmer que selon moi, la recourante est toujours capable de travailler à 50 %. Elle travaille en effet, actuellement, mais à 30 % seulement, à la ludothèque « K_____ ». Son taux d'activité est dicté par les conditions auxquelles elle a été engagée, pour les besoins de son employeur, plutôt que par rapport à sa capacité de travail effective. Pour répondre à votre question, il est vrai que dans mon recours, j'ai fait état des diagnostics qui étaient déjà connus de l'OAI et qui ont précisément conduit au rejet de la demande. Je précise néanmoins que si les diagnostics sont les mêmes, ma patiente a vu son état psychique s'aggraver, son état dépressif étant actuellement moyen, raison pour laquelle elle est suivie par le Dr J_____, lequel a prescrit des antidépresseurs, soit du Cimbalta 60 mg/jour, à quoi s'ajoute une psychothérapie régulière. Quant à la fréquence des consultations, je ne peux pas être précise, car c'est le psychiatre qui se charge de cet aspect. Vous m'interrogez au sujet du rapport médical que j'ai retourné à l'OAI le 25 janvier 2017. À la première page, sous la rubrique « capacité de travail exigible », j'ai indiqué qu'auparavant elle avait une CT de 100 %. Lorsque je dis « avant », je fais référence à son parcours professionnel : son dernier employeur était L_____ dans la vente, activité qu'elle a déployée de 2007 à 2014. Elle a ensuite été licenciée, mais je n'en connais pas les motifs exacts, et elle s'est retrouvée au chômage. Dans ce contexte-là, je me suis personnellement investie auprès de la conseillère en personnel, pour soutenir et contribuer à l'orientation professionnelle de ma patiente, en tenant compte de ses limitations fonctionnelles. C'est dans ce contexte qu'elle a pu obtenir un stage de formation auprès de la FASE, pour devenir aide à la ludothèque. Elle a du reste obtenu à ce titre un remplacement auprès de la ludothèque des H_____ et dès début septembre 2018 aux Charmilles. Pour revenir au formulaire que j'ai rempli, lorsque je mentionne 50 %, c'est en réalité à la fois dans une activité habituelle et à la fois adaptée. Lorsque je parle d'activité habituelle, je fais référence à son activité à la ludothèque, car en effet tant l'activité de femme de chambre que l'activité dans la vente me paraissent exclues ; quant à une activité à 50 % dans la ludothèque, je la justifie en raison de la fatigabilité, des conséquences de l'état dépressif, des troubles de l'adaptation, par rapport au fait qu'à la ludothèque elle a la responsabilité de petits enfants et qu'à ce titre son état la limite dans une pleine disponibilité. Vous me demandez si dans le contexte d'une autre activité adaptée, les aspects que je mets ci-dessus en évidence par rapport à des responsabilités à l'égard de jeunes enfants, les capacités de ma patiente permettraient de considérer qu'elle ait une capacité de travail sinon pleine, du moins plus étendue que 50 %. Je vous réponds que non, car, connaissant ma patiente depuis de nombreuses années, soit depuis 2002, son état dépressif l'empêche de développer ses capacités, dans toutes activités qui supposent un certain nombre de responsabilités. Elle n'arrive plus à suivre, et se trouve rapidement perdue. À la 2^{ème} page, par rapport aux diagnostics que j'ai retenus, en réalité, tous les diagnostics sont pour moi incapacitants, d'ailleurs j'ai biffé dans la 2^{ème} rubrique les mots « capacité de travail » : il est vrai que vous me faites remarquer que j'aurais mieux fait de biffer « sans effet ». Au début de mon suivi, en 2002, il est vrai que les lombalgies traitées avec AINS, myorelaxants, etc. n'étaient pratiquement pas incapacitants, sous réserve d'exceptions de brève durée, ou encore d'incapacités de travail que j'ai prescrites à l'époque où elle a eu un ou deux petits accidents. Mais d'une façon générale, elle a pu travailler régulièrement pratiquement jusqu'à la fin de ses droits au chômage, soit jusqu'à fin octobre

2016. Lorsque j'évoque la problématique de l'anévrisme en retenant qu'il s'agit d'une atteinte incapacitante, il est vrai, comme l'indique le Dr C_____, qu'il n'y a en soi rien d'inquiétant, à surveiller à terme. Toutefois, j'avais remarqué qu'elle souffrait de céphalées transitoires, dues également à la calcification frontale évoquée, mais qui se résorbent facilement avec les médicaments adéquats de sorte qu'en terme d'incapacité, on ne peut pas donner un chiffre ou un pourcentage parce que c'est négligeable, même si cela s'ajoute au reste des diagnostics. Par rapport à son état dépressif, et au fait que l'on ait invoqué l'état maladif de son mari, et la perspective de devoir l'opérer du coeur, j'ignore si cette intervention a eu lieu finalement. Pour répondre à votre question, je ne la vois depuis un certain temps que rarement, car elle travaille à la ludothèque, elle a beaucoup moins mal au dos, et son problème actuel est essentiellement son état dépressif. Je confirme qu'initialement ma patiente était suivie par la Dresse E_____, psychiatre, et si elle a changé de médecin, c'est que la prénommée allait bientôt cesser sa pratique, de sorte qu'elle s'est adressée au Dr J_____. Sur question d'un juge assesseur, ma patiente est suivie par le Dr J_____, chez qui je l'ai adressée peu avant de déposer le recours contre la décision de l'OAI. Sur question de l'OAI qui se réfère au courrier du SMR à moi-même du 30 mai 2017 et à ma réponse du 7 juillet 2017, qui me fait observer qu'en ce qui concerne la question relative à l'état psychique, j'ai répondu que la patiente présente un état dépressif moyen actuellement bien stabilisé, sans mentionner de suivi médical à l'époque, et qui me demande si l'on peut en déduire qu'à ce moment-là elle n'a plus de suivi psychiatrique. Ce que je peux dire à cet égard, c'est qu'il y avait une amélioration à l'époque mais malheureusement elle a été suivie quelques temps plus tard d'une détérioration. Dans mon esprit, ma patiente était toujours référée chez un psychiatre, tout d'abord chez la Dresse E_____ et par la suite chez le Dr J_____. Je prends note que la chambre de céans interpellera le Dr J_____ pour solliciter un rapport de sa part. » 19. Par courrier du 9 novembre 2018, la chambre de céans a interpellé le psychiatre traitant. Elle l'invitait à répondre à diverses questions, notamment à celle de savoir depuis quand il suivait la patiente, s'il pouvait fournir une anamnèse détaillée, donner des renseignements sur les plaintes et données subjectives de la patiente et ses constatations objectives ; quels diagnostics il retenait, et à quand remontait les affections retenues ; l'évolution de l'état de santé, les traitements en cours, les incidences des atteintes à la santé sur la capacité de travail, l'évolution de l'état de santé respectivement de la CT depuis la prise en charge; la question de savoir si une activité lucrative est raisonnablement exigible de la part de la patiente, et dans l'affirmative laquelle, dans quel type d'activité, à quel taux et depuis quelle date ; des améliorations à court, moyen long terme par des mesures médicales étaient-elles envisageables et dans quel délai; le médecin était en outre invité à formuler toutes remarques utiles supplémentaires. 20. La chambre de céans n'ayant reçu aucune réponse dans le délai imparti, a invité le psychiatre traitant à se prononcer en lui fixant un nouveau délai. 21. Par courrier du 19 janvier 2019, le psychiatre traitant a répondu aux questions de la chambre de céans: il suivait la patiente depuis le 18 mai 2018, cette dernière lui ayant été adressée par le médecin traitant; elle présentait alors un état dépressif grave et de l'anxiété. Il est le premier psychiatre que la patiente ait consulté. En Suisse depuis 1988, la patiente avait travaillé dans l'hôtellerie en tant que femme de chambre, et avait, de ce fait, été atteinte dans sa santé physique (hernie discale et lésion à la colonne vertébrale et autres articulations); mariée à un sicilien depuis 2001, elle explique que ce dernier est « macho », fait des crises de jalousie et critique ses « rondeurs » pourtant gracieuses selon elle ; après avoir cessé son travail dans l'hôtellerie elle avait trouvé un emploi à temps partiel (12 heures par semaine soit 30 % de capacité de

travail). Les plaintes subjectives sont: tristesse, découragement, anxiété, baisse de l'élan vital, pleurs. Diagnostic : trouble dépressif récurrent (F33) ; épisode en alternance sévère à moyen (F33.0 - F33.1). La pathologie était présente depuis 2015 et soignée par le médecin traitant. Le traitement actuel consistait dans une prise médicamenteuse de Cimbalta 60 mg, Inderal 40 mg en réserve si crises anxieuses et blocages, ainsi que psychothérapie de soutien. Sur la question de savoir si les troubles de la patiente avaient une influence sur sa CT, le psychiatre traitant a répondu : « sans aucun doute : station debout limitée ; ne peut se baisser (blocages) ». S'agissant de la détermination du taux de CT résiduelle ainsi que des limitations fonctionnelles, de même que sur la question de savoir si les limitations psychiques auraient une influence sur le rendement, et dans l'affirmative le justifier et l'exprimer en pour cent, le psychiatre traitant renvoie au rapport du médecin traitant ainsi qu'à la réponse formulée à la question 3 (il évoque, voir ci-dessus, les conditions d'emploi de la patiente dans l'hôtellerie et l'apparition de troubles physiques, de même que sa relation avec son époux). S'agissant de l'évolution de l'état de santé respectivement de la CT depuis sa prise en charge, le psychiatre répond qu'elle est inchangée. S'agissant de la question de savoir si une activité lucrative est raisonnablement exigible de la part de la patiente, dans l'affirmative laquelle et dans quel type d'activité, à quel taux et depuis quelle date, le psychiatre traitant répond: « Le 30 % à la ludothèque depuis 2016 lui convient bien (changement de posture, assise, debout et les mouvements) ». Quant à la question de savoir si l'on doit s'attendre à des améliorations à court, moyen ou long terme le psychiatre répond que l'on ne doit pas s'attendre à une amélioration de la CT, même à long terme. La patiente doit être considérée comme invalide à 70 %. 22. L'intimé s'est déterminé sur le résultat de l'audience du 5 novembre 2018 ainsi que sur le courrier du psychiatre traitant du 19 janvier 2019, lesquels ont été soumis au SMR, dont les éléments de l'avis de ce service du 7 février 2019 ont été repris par l'OAI, à son compte. Dans son avis du 7 février 2019, le SMR (Dresse M_____ - retient que le psychiatre traitant, dans son rapport du 19 janvier 2019, bien qu'il retienne un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, indique le code CIM-10 correspondant à un épisode léger à moyen. Il ne rapporte que des plaintes subjectives de la patiente de type tristesse, découragement, anxiété, baisse de l'élan vital et pleurs. Ce spécialiste ne mentionne aucune constatation objective. L'assurée est toujours sous Cimbalta; il n'y a donc aucune modification thérapeutique. Le psychiatre traitant atteste d'une « CT » (ndr. recte : « invalidité » selon les termes du Dr J_____, et en réalité: incapacité de travail) de 70 % car l'assurée travaille à 30 % comme aide-ludothécaire. Il ne justifie aucunement cette diminution de la CT par des symptômes tels que le trouble de la concentration, de la mémoire et ralentissement psychomoteur. De son certificat n'émane aucun élément objectif parlant en faveur d'une atteinte sévère. De plus, la fréquence des consultations dans le cadre de la psychothérapie de soutien principalement, n'est pas précisée. Lors de son audition, le médecin traitant a confirmé une CT de 50 % dans toute activité en raison d'une fatigabilité, des conséquences de l'état dépressif, des troubles de l'adaptation. Le médecin traitant indique voir l'assurée beaucoup plus rarement, car cette dernière a beaucoup moins mal au dos, précisant qu'il y avait à l'époque une amélioration et quelques temps plus tard une détérioration de l'état de santé. Cependant, selon le rapport du psychiatre traitant il n'y a pas une modification de traitement. Par ailleurs le traitement de Cimbalta 60 mg est principalement administré à visée antalgique habituellement. Il n'y a pas d'éléments objectifs ressortant du certificat du psychiatre traitant pour une aggravation objective de l'état de santé de l'assurée depuis le certificat du médecin traitant du 7 juillet 2017. Le SMR remarque enfin que le suivi par le psychiatre traitant a débuté le 18 mai

2018, soit postérieurement à la décision entreprise. En conséquence les conclusions précédentes du SMR restaient valables. 23. La détermination de l'OAI a été transmise au mandataire de la recourante. Il n'a pas réagi. 24. Sur quoi la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Selon l'art. 61 LPGA la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est réglée, sous réserve de l'art. 1er al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative par le droit cantonal. Elle doit notamment être simple. Par procédure simple, on entend une procédure qui n'est pas régie par des règles trop formalistes (KIESER, ATSG-Kommentar, n. 21 ad art. 61), c'est-à-dire par des règles de procédure qui ne sont pas justifiées par un intérêt digne de protection (ATF 120 V 419 consid. 5c). Elle doit satisfaire à un certain nombre d'exigences parmi lesquelles le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement (art. 61 lettre c LPGA); le tribunal n'est pas lié par les conclusions des parties; il peut réformer, au détriment du recourant, la décision attaquée ou accorder plus que le recourant n'avait demandé; il doit cependant donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours (l'art. 61 lettre d LPGA). A Genève la procédure en matière d'assurances sociales est régie par la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE - E 5 10), et plus particulièrement par les art. 89A à 89I LPA; selon l'art. 89 A LPA, les dispositions de la présente loi demeurent applicables en tant qu'il n'y est pas dérogé par le présent titre. Selon l'art. 19 LPA l'autorité établit les faits d'office. Elle n'est pas limitée par les allégués et les offres de preuves des parties. Selon l'art. 64 LPA le recours est formé par écrit et adressé à la juridiction administrative appelée à en connaître (al.1). Le recours adressé à une autorité incompétente est transmis d'office à la juridiction administrative compétente et le recourant en est averti. L'acte est réputé déposé à la date à laquelle il a été adressé à la première autorité (al.2). Les mêmes principes sont consacrés par des dispositions correspondantes de la LPGA (art.60 al. 2 cum 30 par analogie et 39 al. 2 LPGA). Le délai de recours est de trente jours (art. 60 LPGA; art. 62 al. 1 de la de 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 62ss LPA). 3. Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a rejeté la demande de prestations de la recourante en lui déniait le droit à une rente ou à des mesures professionnelles. 4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas

objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). 5. 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. 6. 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. 28 al. 2 LAI). 7. 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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8). 8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 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. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF

135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 9. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). 10. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c;

ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2). 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). Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. Les indicateurs standards qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes; pour le détail voir ATF 141 V 281 consid. 4 en particulier 4.1.3 à 4.4). L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a). 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). 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). 11. Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine). L'organe chargé de l'application du droit doit avant de procéder à l'examen des indicateurs mentionnés analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2). On rappellera encore que le changement de jurisprudence ne justifie pas, en soi, de retirer toute valeur probante aux expertises réalisées antérieurement à son entrée en vigueur. Il faut au contraire examiner si ces expertises - pour les mettre éventuellement en lien avec d'autres rapports médicaux courants - permettent, ou non, une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8 p.309; 9C_448/2016 consid. 5.3) 12. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible. 13. En particulier, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid. 2.1). 14. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5). 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). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance

prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 15. En l'espèce, la décision entreprise est fondée sur l'avis du SMR qui considère que l'assurée est affectée d'une incapacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle de vendeuse depuis le 13 mars 2016 mais dispose d'une CT de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, et ceci depuis toujours. Dans son recours du 15 mars 2018, le médecin traitant représentant sa patiente, rappelle que la demande de rente à 50 % avait été déposée en raison d'atteinte à la santé tant sur le plan somatique que sur le plan psychique. S'agissant des affections somatiques, la patiente souffre de lombalgies chroniques très handicapantes, ostéochondrose sévère L3-L5 de type Modic II et protrusion discale L3-L4-L5 dans le cadre d'une discopathie étagée ; elle présente en outre un syndrome du tunnel carpien bilatéral. Elle évoque également l'anévrisme de bifurcation M1 de l'artère cérébrale moyenne droite, indiquant que la patiente allait bénéficier prochainement d'une consultation auprès du Dr N_____ (HUG). S'agissant de l'aspect psychique, elle indique que la patiente présentait également un état dépressif dans le contexte de la maladie grave de son mari qui doit bénéficier d'une transplantation du coeur. Elle est au bénéfice d'un traitement antidépresseur : Cimbalta 60 mg par jour et Dafalgan 1g 3 fois par jour. La patiente bénéficiait également d'un suivi psychothérapeutique. Elle indique en outre que l'état de la patiente s'est fortement aggravé depuis ces six derniers mois (ndr. ce qui fait remonter l'aggravation alléguée aux alentours d'octobre 2017), autant sur le plan psychique, aggravation de la dépression, que sur le plan somatique chez cette patiente qui présente une rectitude lombaire avec contractions musculaires para-vertébral. Elle doit toujours alterner les positions assise-debout. Dans cette situation, chez cette patiente de « 60 » ans (recte : 50, la recourante est en effet née le 22 octobre 1967), le travail à 100 % est impossible. En revanche elle admet qu'un travail à 50 % est tout à fait réalisable. Il convient dès lors dans un premier temps de déterminer sur

quelle base le SMR, et à sa suite l'OAI qui s'est fondé sur son avis du 3 janvier 2018 a déterminé que la CT dans l'activité habituelle était de 50 % en raison des lombalgies chroniques et qu'en l'absence de limitations fonctionnelles en rapport avec l'anévrisme cérébral, la CT dans une activité adaptée était de 100 % depuis toujours. 16. a. Dans son avis médical du 3 janvier 2018, le SMR a rappelé que la demande de prestations avait été formée le 22 décembre 2016 par l'assurée, âgée de 50 ans, vendeuse de prêt-à-porter, qui se trouvait en incapacité de travail depuis le 13 mars 2016, pour les conséquences annoncées d'un anévrisme cérébral, de lombalgies chroniques et d'un épisode dépressif. L'instruction médicale s'est essentiellement basée, dans un premier temps sur le rapport initial de la Dresse B_____ du 25 janvier 2017 qui retenait comme pathologies incapacitantes un anévrisme non rompu de l'artère cérébrale moyenne et la présence d'une calcification frontale droite post-traumatique. Le médecin traitant attestait également d'un épisode dépressif moyen à sévère, traité par Cimbalta et par un suivi psychothérapeutique auprès de la Dresse E_____. L'assurée présentait également des lombalgies chroniques en rapport avec une ostéochondrose sévère L3-L5 de type Modic II. Le médecin traitant retenait au titre de limitations des lombalgies non déficitaires, une thymie triste, des troubles de la concentration et du sommeil, retenant ainsi une CT de 50 % dans l'activité habituelle, depuis le 13 mars 2016. Il convient toutefois d'observer que dans ce même rapport, le médecin traitant se prononçant sur la CT dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues répondait : « 50 % d'une activité à 100 % ½ journée. ». b. Sur la base de ce premier avis médical, le SMR se prononçait dans un avis du 30 mai 2017. En conclusion il estimait alors que les pièces médicales versées au dossier ne lui permettaient pas de se prononcer sur la CT exigible et l'évolution de l'épisode dépressif annoncé par le médecin traitant. En effet, dans son rapport du 25 janvier 2017, le médecin traitant mentionnait un suivi psychiatrique, mais le SMR indiquait ne pas pouvoir lire le nom du médecin. Il proposait donc à l'administration de poursuivre l'instruction en adressant une (demande de) rapport médical au psychiatre traitant, le médecin du SMR indiquant que sur le plan somatique il interrogeait le médecin traitant, ce qu'il a fait par courrier du jour-même. c. Dans son courrier au médecin traitant du 30 mai 2017, le SMR a demandé à la Dresse B_____ de lui indiquer quelle avait été l'évolution de sa patiente depuis le rapport de janvier 2017 ; cet état de santé pouvait-il être retenu comme stabilisé ; si oui depuis quand et sinon pour quelles raisons ; il lui était également demandé de décrire les limitations fonctionnelles (LF) somatiques, de déterminer la CT d'un point de vue médico-théorique dans une activité respectant ces LF ; d'indiquer également à quel taux et depuis quand cette activité adaptée était-elle possible ; la patiente était-elle en mesure de reprendre une activité dans un poste strictement adapté à 100 % ? Si oui depuis quand ? Sinon, d'argumenter la réponse ; de fournir toutes les pièces médicales (rapport de consultation spécialisée, imagerie, rapports d'hospitalisation,...) jugées utiles pour étayer les renseignements du médecin. Enfin, si la patiente bénéficiait toujours d'un suivi psychiatrique, le médecin traitant était invité à indiquer le nom du psychiatre. d. La Dresse B_____ a répondu à la demande du SMR du 30 mai 2017 par courrier du 7 juillet 2017. Depuis son dernier rapport, l'état de la patiente restait stable mis à part des céphalées fréquentes. Elle rappelait que c'était dans ce contexte que l'anévrisme de la bifurcation M1 de l'artère cérébrale moyenne avait été découvert, de même qu'une calcification cérébrale. La patiente bénéficiait d'une prise en charge neurovasculaire auprès de la consultation neurologique des HUG. Elle relève d'autre part que la patiente présente un état dépressif moyen actuellement bien stabilisé. Elle présente également des lombalgies, sous traitement

antalgique et AINS au long cours. Elle concluait que l'on pouvait considérer que l'état de la patiente était actuellement stabilisé. Elle relevait que la patiente avait actuellement entrepris de sa propre initiative une formation pour travailler à la ludothèque, poste qui pour elle constituait un poste de travail adapté et cadré dans le cadre duquel la patiente pouvait travailler à 50 %, mais relevait encore que le travail de plus de 50 % était strictement contre-indiqué. La chambre de céans constate, à ce stade, que le médecin traitant n'a pas répondu à la question de savoir si la patiente bénéficiait toujours d'un suivi psychothérapeutique et n'a pas indiqué le nom du psychiatre traitant. Il ne ressort pas non plus du dossier que conformément aux instructions du SMR, l'OAI ait de son côté interpellé le médecin traitant pour connaître l'identité du psychiatre, mais ceci probablement dans la mesure où la question avait directement été posée à la Dresse B_____ par le médecin SMR. e. Toujours est-il que le SMR s'est prononcé sur l'avis médical du 7 juillet 2017, dans le cadre de son avis du 3 janvier 2018 qui a directement conduit à la décision entreprise. Il en retient que le médecin traitant atteste d'un état de santé stabilisé avec persistance de céphalées fréquentes, un état dépressif moyen et des lombalgies traitées par des antalgiques et AINS. Il note que le médecin traitant estime la CT résiduelle à 50 % et il en conclut que la CT dans l'activité habituelle est de 50 % en raison des lombalgies chroniques et qu'en l'absence de limitations fonctionnelles en rapport avec l'anévrisme cérébral, la CT dans une activité adaptée est de 100 % depuis toujours. Force est de constater que le SMR ne justifie pas la raison pour laquelle il estime la CT dans une activité adaptée à hauteur de 100 % depuis toujours, alors que le médecin traitant avait, dans ses deux avis successifs, retenu tant pour l'activité habituelle que pour une activité adaptée aux LF une CT à hauteur de 50 %. Le SMR n'a pas davantage indiqué les raisons pour lesquelles il s'écarterait de l'avis du médecin traitant selon lequel une activité à plus de 50 % serait strictement contre-indiquée, étant observé que le médecin traitant n'a pas non plus motivé cette conclusion. On peut au demeurant s'étonner, par rapport à l'aspect psychiatrique, que le SMR n'ait pas formulé de remarque à ce sujet (semblant ne pas remettre en question l'avis du généraliste), alors même que selon la jurisprudence, le diagnostic psychiatrique doit émaner d'un spécialiste, en l'occurrence d'un psychiatre. La chambre de céans retient dès lors, à ce stade, que le SMR ne pouvait a priori pas sans autre se prononcer sur l'état de santé de la patiente, d'autant que le dernier avis médical du médecin traitant remontait à six mois et ne répondait pas pleinement à toutes les questions posées; de même l'intimé ne pouvait dès lors pas sans autre se fonder sur l'avis de son service médical pour retenir une CT de 100 % dans une activité adaptée aux LF. f. Dans le cadre de son recours, le médecin traitant a relevé que l'assurée présentait un état dépressif dans le contexte de la maladie grave de son mari qui devait bénéficier d'une transplantation du coeur ; elle était à ce titre au bénéfice d'un traitement antidépresseur et également d'un suivi psychothérapeutique. Elle allègue que l'état de la patiente s'est fortement aggravé depuis les 6 derniers mois, non seulement sur le plan somatique, mais également sur le plan psychique. De ce point de vue, la chambre de céans constate que le médecin traitant ne donne guère de précision au sujet de cette « forte aggravation » notamment au sujet de la dépression ; quant à l'aggravation sur le plan somatique, elle évoque une rectitude lombaire avec contractions musculaires paravertébrales, la patiente devant toujours alterner les positions assise-debout, ce qui en soi, n'apportait rien de nouveau comme l'a relevé le SMR dans son avis du 28 mars 2018 annexé à la réponse de l'intimé. C'est le lieu d'indiquer que dans ce même avis, le SMR a observé que l'anévrisme était asymptomatique, que le trouble dépressif était réactionnel et que les lombalgies ne pouvaient justifier d'incapacité dans une activité strictement adaptée

aux limitations fonctionnelles, le SMR ajoutant que l'avis du médecin traitant intégrait des facteurs psycho-sociaux dans la prise en charge de la patiente, facteur ne pouvant être intégré dans l'évaluation médicale du SMR, expliquant en cela la différence d'évaluation. g. L'audition de la Dresse B _____ par la chambre de céans a toutefois permis d'éclaircir un certain nombre de questions, déterminantes quant à l'issue du litige. S'agissant de son évaluation initiale de janvier 2017, elle a indiqué que lorsqu'elle mentionnait, dans l'encadré de la première page du formulaire, l'évaluation de la CT à 50 %, elle visait en réalité à la fois une activité habituelle et à la fois adaptée, avec toutefois la précision que lorsqu'elle évoque l'activité habituelle elle fait référence à l'activité de la recourante à la ludothèque, car en effet, à son avis, tant l'activité de femme de chambre que celle de vendeuse lui paraissaient exclues. Quant au 50 % de CT à la ludothèque, elle justifie ce taux en raison de la fatigabilité, des conséquences de l'état dépressif, des troubles de l'adaptation, par rapport au fait qu'à la ludothèque la recourante a la responsabilité de petits enfants et qu'à ce titre son état la limite dans une pleine disponibilité. Vu les limitations occasionnées par la responsabilité de petits enfants, la chambre l'invitant à se déterminer sur la CT possible dans une autre activité adaptée sans responsabilité à l'égard de jeunes enfants, elle a néanmoins exclu que la CT soit plus étendue que 50 %, en expliquant que, connaissant sa patiente depuis de nombreuses années, soit depuis 2002, son état dépressif l'empêche de développer ses capacités dans toute activité qui suppose un certain nombre de responsabilités. Elle n'arrivait plus à suivre et se trouvait rapidement perdue. Par rapport au fait qu'elle situe le début de la longue maladie à 2002, elle a toutefois expliqué qu'au début du suivi, en 2002, il est vrai que les lombalgies traitées avec AINS, myorelaxants etc. n'étaient pratiquement pas incapacitantes, sous réserve d'exceptions de brève durée, relevant que d'une manière générale, elle avait pu travailler régulièrement pratiquement jusqu'à la fin de ses droits au chômage, soit jusqu'à fin octobre 2016. S'agissant de l'anévrisme, bien qu'ayant affirmé précédemment que dans son esprit toutes les atteintes à la santé qu'elle a retenues étaient incapacitantes, y compris celle-ci, elle a admis, comme l'indique le Dr C _____, qu'il n'y a en soi rien d'inquiétant, et qu'il suffit de le surveiller, remarquant toutefois qu'elle avait noté que la patiente souffrait de céphalées transitoires, mais admettant finalement qu'en termes d'incapacité, on ne pouvait donner de pourcentage, car il s'agissait d'un aspect négligeable. Par rapport à l'aspect dépressif, et au fait qu'ait été évoqué l'état maladif de son mari, et la perspective de devoir l'opérer du coeur, elle ignorait si cette intervention avait finalement eu lieu. Elle a en outre précisé que depuis un certain temps elle ne voyait que rarement la patiente, car elle travaille à la ludothèque, qu'elle a beaucoup moins mal au dos, et que son problème actuel est essentiellement son état dépressif. Elle a confirmé qu'initialement sa patiente était suivie par la Dresse E _____, psychiatre, et que si elle avait changé de médecin c'est que la prénommée allait bientôt cesser sa pratique, de sorte qu'elle s'était adressée au Dr J _____. Elle a du reste précisé, sur question spécifique, avoir adressé sa patiente à ce médecin, peu avant de déposer le recours contre la décision entreprise. Interrogée au sujet de sa réponse du 7 juillet 2017 par rapport à la question, relative à l'état psychique de sa patiente à l'époque, de savoir si l'on pouvait déduire de sa réponse (état dépressif moyen actuellement bien stabilisé) qu'à ce moment-là elle n'avait plus de suivi psychiatrique, dès lors qu'elle ne le mentionnait pas, elle a répondu qu'à l'époque il y avait une amélioration, mais que malheureusement celle-ci avait été suivie d'une détérioration. Elle a précisé : « dans mon esprit, ma patiente était toujours référée chez un psychiatre, tout d'abord chez la Dresse E _____ et par la suite chez le Dr J _____. Ceci dit, elle relevait qu'actuellement son état dépressif était moyen, raison pour laquelle elle était suivie par ce

dernier, qui avait prescrit des antidépresseurs soit du Cimbalta 60mg/jour à quoi s'ajoutait une psychothérapie régulière, ne pouvant toutefois donner la moindre précision quant à la fréquence des consultations. À ce stade, la chambre de céans constate que le médecin traitant a notablement relativisé la gravité effective des atteintes qu'elle retenait pourtant toutes comme incapacitantes dans ses avis médicaux précédents, au point de préciser que depuis que sa patiente travaille à la ludothèque (2016 selon le psychiatre traitant et juin 2017 selon contrat de travail figurant au dossier) elle ne la voit que rarement car elle a beaucoup moins mal au dos, et que finalement son état actuel est principalement d'ordre psychique. Elle n'est pas très claire non plus par rapport au suivi régulier sur le plan psychiatrique, depuis aussi longtemps qu'elle semble le laisser entendre. Du reste, comme on le verra, les renseignements fournis par le Dr J_____ paraissent contradictoires, s'agissant précisément du suivi spécialisé sur le plan psychiatrique. h. La chambre de céans a interpellé le Dr J_____. Elle ne peut que constater que les réponses de ce psychiatre traitant, dont le suivi de la recourante a débuté après la décision entreprise, ne sont guère convaincantes et ne sauraient se voir reconnaître de valeur probante. Bien qu'invité à fournir une anamnèse détaillée, ce dernier n'a guère répondu à la demande de la juridiction: il suit la patiente depuis le 18 mai 2018, cette dernière lui ayant été adressée par le médecin traitant; il était le premier psychiatre que la patiente ait consulté. Elle présentait alors un état dépressif grave et de l'anxiété. La pathologie était présente depuis 2015 et la patiente était soignée par le médecin traitant. Le traitement actuel consiste dans une prise médicamenteuse de Cimbalta 60 mg, Inderal 40 mg en réserve si crises anxieuses et blocages, ainsi qu'une psychothérapie de soutien dont il ne donne aucune indication notamment quant à la fréquence des consultations. Les plaintes subjectives sont : tristesse, découragement, anxiété, baisse de l'élan vital, pleurs. Diagnostic : trouble dépressif récurrent (F33) ; épisode en alternance sévère à moyen (F33.0 - F33.1). Sur la question de savoir si les troubles de la patiente avaient une influence sur sa CT, le psychiatre traitant répond : « sans aucun doute : station debout limitée; ne peut se baisser (blocages) ». S'agissant de la détermination du taux de CT résiduelle ainsi que des limitations fonctionnelles, de même que sur la question de savoir si les limitations psychiques auraient une influence sur le rendement, et dans l'affirmative le justifier et l'exprimer en pour cent, le psychiatre traitant renvoie au rapport du médecin traitant ainsi qu'à la réponse formulée à la question 3 (il évoque, - voir ci-dessus en fait ad ch.21 -, les conditions d'emploi de la patiente dans l'hôtellerie et l'apparition de troubles physiques, de même que sa relation avec son époux). S'agissant de l'évolution de l'état de santé respectivement de la CT depuis sa prise en charge, le psychiatre répond qu'elle est inchangée. À la question de savoir si une activité lucrative est raisonnablement exigible de la part de la patiente, dans l'affirmative laquelle et dans quel type d'activité, à quel taux et depuis quelle date, le psychiatre répond: (elle avait trouvé un emploi à temps partiel 12 heures par semaine soit 30 % de capacité de travail) « Le 30 % à la ludothèque depuis 2016 lui convient bien (changement de postures, assise, debout et les mouvements). » Quant à la question de savoir si l'on doit s'attendre à des améliorations à court, moyen ou long terme le psychiatre répond que l'on ne doit pas s'attendre à une amélioration de la CT, même à long terme. La patiente doit être considérée, selon lui, comme invalide à 70 %. S'agissant du diagnostic retenu, le psychiatre annonce un trouble dépressif récurrent (F33) ; épisode en alternance sévère à moyen (F33.0 - F33.1) : force est toutefois de constater que la qualification de sévère à moyen ne correspond pas aux codes CIM-10 auxquels il se réfère: en effet, F33.0 désigne un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger; trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes

dépressifs, l'épisode actuel étant léger (F32.0), en l'absence de tout antécédent de manie. De même, F33.1 désigne un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen ; trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs, l'épisode actuel étant moyen (F32.1), en l'absence de tout antécédent de manie. Ce spécialiste ne justifie son diagnostic par aucune constatation objective, se contentant de répercuter les plaintes subjectives de la patiente (au demeurant moins importantes que celles retenues par la généraliste qui évoque notamment un trouble de la concentration). Quant aux troubles qui selon lui ont une influence sur la CT, il répond, « sans aucun doute », mais n'énonce que les troubles somatiques, lesquels ne relèvent pas de sa spécialité, de même pour ce qui est de l'influence des troubles sur le rendement, le psychiatre renvoyant à cet égard au rapport du médecin traitant généraliste. Quant à la question de savoir si une activité lucrative est à son avis raisonnablement exigible, il répond que le taux d'activité de 30 % à la ludothèque « convient très bien » à la patiente, et retient donc ce taux, en raison du fait que dans cette activité la patiente peut changer de postures, et bouger. Enfin, sans la moindre justification sur le plan psychiatrique, il estime que l'on ne doit pas s'attendre à une amélioration de la CT, même à long terme. Il considère en conclusion que l'intéressée doit être reconnue comme « invalide à 70 % ». 17. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans retient, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les indications fournies dans le cadre de la procédure de recours, par le médecin traitant, autant que par le psychiatre traitant, consulté pour la première fois au moment du dépôt du recours, ne permettent pas sérieusement de retenir, comme alléguée dans le recours interjeté par le médecin traitant, une aggravation de l'état de santé, tant sur le plan somatique que sur le plan psychique, depuis la situation décrite en juillet 2017 par le médecin traitant, appréciation retenue tant par le SMR que par l'OAI, ayant conduit à la décision entreprise. Une telle aggravation n'est du reste pas même rendue vraisemblable pour la période postérieure à la décision entreprise, l'état de santé de la patiente étant à tout le moins décrit par ses médecins comme stationnaire, la Dresse B_____ relevant même qu'elle ne voit la patiente que rarement depuis qu'elle travaille à la ludothèque, la patiente ayant beaucoup moins mal au dos, et que son problème actuel est essentiellement son état dépressif. Quant à l'évolution sur ce plan, indépendamment du fait qu'il ne s'agit pas de sa spécialité, elle ne peut donner aucune précision, notamment en ce qui concerne la fréquence des consultations psychiatriques, dans le cadre de la psychothérapie de soutien. Quant au psychiatre, ses considérations ne sont nullement étayées sur le plan psychiatrique, ne donnant, lui non plus, pas même une indication quant à l'importance de la psychothérapie de soutien, au niveau de la fréquence des consultations et il n'apporte aucune information crédible quant à l'état de santé de la patiente sur le plan psychiatrique, ne mentionne aucune constatation objective sur le plan psychiatrique et ne justifie nullement les diagnostics qu'il énonce; il renvoie systématiquement à la spécialiste en médecine générale. Les déclarations et renseignements des deux médecins traitants sont du reste à plusieurs reprises contradictoires, notamment sur le plan du suivi psychiatrique. Au final, on doit retenir que les médecins traitants, dont la jurisprudence rappelle au vu de la divergence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise que leur avis doit être pris avec réserve au vu du rapport de confiance existant notamment entre patient et thérapeute, ce dernier étant plutôt enclin à se montrer plus favorable à son patient en ayant une approche plus subjective qu'un expert ou un médecin d'assurance. 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). Certes, dans le cas particulier, il ne s'agit pas d'opposer l'avis des médecins traitants à celui d'un expert indépendant. Mais force est de constater qu'à aucun moment les médecins traitants n'ont remis en cause les conclusions du SMR ou n'ont fourni de renseignements et avis objectivement motivés susceptibles de susciter le moindre doute au sujet des conclusions que le SMR en a tiré. Ceci avec les précisions que le service médical de l'intimé a encore données en procédure de recours, sur la manière dont on devait comprendre ses avis précédents, ayant conduit à la prise de la décision entreprise. On doit dès lors reconnaître une pleine valeur probante aux avis du SMR, dans le cas d'espèce. La chambre de céans retient en effet que les médecins traitants de la recourante, sans argumentation solide sur le plan médical, se sont plutôt concentrés sur la perception et sur les attentes de leur patiente, ceci dans le cadre du rapport de confiance qui caractérise leur mandat thérapeutique: la chambre de céans retient en effet à cet égard que la recourante, dans son propre acte de recours, affirme, contrairement à l'état stabilisé de son état de santé reconnu par la Dresse B _____ et le Dr J _____, que son état physique et psychique se serait dégradé, se bornant à insister sur le fait que selon elle un travail à 100 % ne pourrait que compliquer et aggraver sa situation, alors que le support d'une rente partielle de l'assurance-invalidité aurait pour effet, à son avis, de la maintenir dans le monde du travail durablement, de même que lui permettre de se soigner « comme il faut ». Ainsi, au vu de ce qui précède, la chambre de céans retient, au terme de l'instruction du recours, que la décision entreprise, en tant qu'elle est fondée sur l'appréciation du SMR, résiste à toute critique. De même, dans les circonstances particulières du cas, la chambre de céans estime, conformément à la jurisprudence, pouvoir renoncer à une évaluation plus complète et structurée. En effet selon le Tribunal fédéral, pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une évaluation plus complète sur le plan psychiatrique, en appliquant l'approche structurée 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). Tel est bien le cas en l'espèce, de sorte qu'il apparaît dans le cas particulier inutile d'ordonner une expertise psychiatrique judiciaire, pas plus que de renvoyer la cause à l'intimé pour complément d'instruction sur le plan médical. Cela étant, il n'y a pas lieu non plus de procéder à d'autres actes d'instruction, lesquels ne permettraient pas d'aboutir à des conclusions différentes (appréciation anticipée des preuves). On relèvera encore, bien que cet aspect ne soit pas litigieux en l'espèce que, s'agissant de l'évaluation du taux d'invalidité retenu par la décision entreprise (10%), il a été fixé conformément aux règles applicables, de sorte que de ce point de vue également la décision entreprise ne souffre d'aucune critique. 18. Mal fondé, le recours sera rejeté. 19. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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