

# JU\_GERICHTE ASS 2020 30 vom 12. Januar 2022

JU Tribunal cantonal, 2022-01-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ju\\_gerichte\\_ASS\\_2020\\_30](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ju_gerichte_ASS_2020_30)

FR: JU\_GERICHTE ASS 2020 30 du 12 janvier 2022

IT: JU\_GERICHTE ASS 2020 30 del 12 gennaio 2022

## Regeste

Renvoi du dossier à l'office AI pour complément d'instruction - expertise pluridisciplinaire | recours

## Erwägungen

### E. 2

Vu l'enquête agricole du 23 février 2017, concluant à une incapacité totale dans l'activité habituelle agricole et l'enquête économique sur le ménage du 2 mars 2017, concluant à une invalidité de 18.05 % pour les travaux de ménage ; Vu que, le 15 mai 2017, suite à l'enquête du 2 mars 2017, l'intimé a refusé d'allouer à la recourante une allocation pour impotent ; Vu que, suite à l'avis du médecin SMR, une évaluation rhumatologique spécialisée a été mise en œuvre ; malgré la dysthymie évoquée par le Dr J.\_\_\_\_\_, des investigations complémentaires sur le plan psychiatrique n'ont pas été jugées nécessaires au vu du rapport médical de la Dre G.\_\_\_\_\_ de novembre 2016 ; en effet, le médecin SMR a estimé qu'il ressortait de ce rapport que la demande AI n'était pas motivée par une problématique psychique et que la psychiatre y réfutait toute atteinte psychiatrique invalidante ; Vu que, dans son rapport d'expertise du 22 février 2019, le Dr K.\_\_\_\_\_, FMH en médecine interne générale et rhumatologie, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail de la recourante, des omalgies droites sur schéma capsulaire (status post-reconstruction ouverte de la coiffe des rotateurs avec acromioplastie et ténodèse du biceps droit le 31 mars 2014 ; status post-transfert du grand dorsal droit par voie arthroscopique le 15 mars 2016) et, sans une telle répercussion, des omalgies gauches sans signe de conflit ou de tendinopathie, un status post refixation du tendon sous-épineux gauche et acromioplastie par voie arthroscopique le 1er octobre 2015, un syndrome anxiodépressif anamnésique depuis 2013, un syndrome cervicobrachial récurrent, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (discopathie C5-C6), ainsi qu'un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique (diminution du seuil de déclenchement à la douleur) ; d'après l'expert, du point de vue purement rhumatologique, l'activité antérieure de paysanne (effectuée à 70%) était exigible à 40% et l'activité de ménagère (effectuée à 30%) à 80% ; la capacité de travail dans une activité adaptée (respectant les ports de charge répétitifs en porte-à-faux avec le bras à plus de 30° en abduction et en antépulsion et avec long bras de levier de plus de 5-10 kg) était estimée à 80% ; le Dr K.\_\_\_\_\_ précisait que, bien que la recourante ait cessé de travailler depuis mars 2014, on assistait à une cristallisation du schéma capsulaire droit avec présence d'un syndrome fibromyalgique, probablement facteur amplificateur de la symptomatologie douloureuse ; Vu que, le 29 juillet 2019, suite au rapport du médecin SMR du 2 avril 2019, l'intimé a informé la recourante de son intention de lui octroyer une rente d'invalidité entière (taux de 75%) du 1er février au 31 mars 2017, en se basant sur la méthode mixte

d'évaluation (70% pour son activité habituelle et 30% pour les travaux habituels de ménage) ; sur la base de l'expertise rhumatologique et du rapport du SMR, il a estimé que, du 1er octobre 2015 au 25 avril 2017, sa capacité de travail était nulle dans toute activité et qu'à partir du 26 avril 2017, elle était nulle dans son activité habituelle mais de 80% dans une activité adaptée ; aussi, le taux d'invalidité s'élevant à 22% dès le 26 avril 2017 et à 38% dès le 1er janvier 2018, la recourante n'avait plus droit à une rente d'invalidité ; compte tenu de la tardiveté de sa demande, le versement de la rente ne pouvait toutefois pas intervenir depuis octobre 2016 mais seulement à partir du 1er février 2017 ; Vu que le 23 janvier 2020, après avoir donné la possibilité à la recourante de faire valoir son droit d'être entendue et après avoir pris l'avis de son médecin SMR du 9 décembre 2019 (celui-

### **E. 3**

ci ne s'étant toutefois vraisemblablement pas prononcé sur les rapports médicaux transmis par la recourante le 12 décembre 2019 ; rapport intermédiaire du 7 janvier 2020), l'intimé a octroyé à la recourante une rente d'invalidité conformément à son projet de décision du 29 juillet 2019 ; Vu le recours du 25 février 2020, par lequel la recourante conclut à l'annulation de la décision attaquée, à ce que l'intimé soit condamné à lui verser les prestations légales découlant de la LAI, le cas échéant, à ce que toutes les mesures d'instruction utiles soient ordonnées et, subsidiairement, au renvoi de l'affaire à l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision dans le sens des considérants, sous suite des frais et dépens ; en substance, dans la mesure où l'intimé reconnaît son invalidité à 75.41% jusqu'au 25 avril 2017, elle conclut au maintien de la rente, conformément à l'art. 88a RAI, jusqu'au 31 juillet 2017 ; la recourante conteste ensuite le caractère probant de l'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_ ; dans ce cadre, elle explique que, contrairement à l'expert, dans son rapport médical du 7 octobre 2019, le Dr J. \_\_\_\_\_ estime d'une part que la problématique de l'épaule gauche a une répercussion sur sa capacité de travail et, d'autre part, qu'en tant que personne droitrière présentant également des problèmes à l'épaule gauche risquant de s'aggraver, sa capacité de travail n'est que de 20% dans l'activité d'agricultrice et de 50% dans une activité adaptée, pour autant qu'une telle activité puisse être retrouvée ; une instruction médicale complémentaire, sous la forme d'une nouvelle expertise externe à l'assurance, se justifie donc dans ce contexte ; enfin, au vu des circonstances du cas d'espèce (54 ans, activité à temps partiel de 70%, moyennant le respect de diverses limitations fonctionnelles, exercice de l'activité d'agricultrice depuis 1988 auprès de l'exploitation familiale, dans un statut proche de l'indépendance), il se justifie d'admettre un abattement sur le revenu d'invalidité d'au moins 15%, étant précisé qu'avec une déduction de 10% déjà, le droit à un quart de rente d'invalidité devrait lui être reconnu ; subsidiairement, elle conclut donc à l'octroi d'au moins un quart de rente d'invalidité ; Vu la réponse du 27 avril 2020, aux termes de laquelle l'intimé conclut au rejet du recours, sous suite des frais ; en substance, il estime que l'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_ a valeur probante et que les faits médicaux dont se prévaut la recourante ne sont pas susceptibles de remettre en cause les conclusions de l'expert ; d'après lui, il n'y a pas d'opposition formelle entre les avis du Dr J. \_\_\_\_\_ et du Dr K. \_\_\_\_\_ au sujet de l'atteinte réputée incapacitante ; les deux médecins reconnaissent des limitations fonctionnelles et une diminution de la capacité de travail en lien avec cette atteinte ; la divergence réside dans l'appréciation de la capacité de travail résiduelle ; ensuite, la teneur du rapport médical du 7 octobre 2019 du Dr J. \_\_\_\_\_ est superposable au contenu de ses rapports précédents, de sorte que le Dr K. \_\_\_\_\_ a eu connaissance de son avis et en a tenu compte dans ses conclusions ; enfin, l'abattement pour désavantage salarial correspond à la situation de la recourante ; il prend

en compte l'âge et les années de service, d'autres facteurs de réduction ne devant pas être admis, étant précisé que les limitations fonctionnelles sont déjà prises en compte de façon suffisante dans la capacité de travail résiduelle exigible dans une activité adaptée ; le taux d'activité médicalement praticable n'est pas, au cas d'espèce, un facteur permettant une déduction sur le salaire statistique, les femmes exerçant une activité à temps partiel ne gagnant pas un revenu moins élevé que les personnes travaillant à plein temps ; de plus, la recourante est de langue française et de nationalité suisse ; quant à l'activité d'agricultrice exercée avant l'invalidité, elle n'influe pas sur le revenu exigible et ne peut donc pas fonder une déduction ; enfin, s'agissant de l'application de l'art. 88a RAI, l'amélioration constatée était de nature à permettre la capacité de travail reconnue durant une assez longue

#### **E. 4**

période, l'amélioration de la situation médicale étant progressive et aucun élément ne permettant d'attendre un risque de nouvelle aggravation ; Vu la détermination du 26 mai 2020, par laquelle la recourante confirme intégralement son recours ; elle reprend sa précédente argumentation et précise qu'un abattement supérieur à 5% se justifie également d'une part compte tenu du fait que son apprentissage d'employée de commerce date de 1984 et, d'autre part, au vu des limitations fonctionnelles retenues par le Dr K. \_\_\_\_\_, lesquelles concernent son bras droit, mises en relation avec le fait qu'elle est droitnière ; un abattement d'au moins 10% (lui permettant de bénéficier d'un quart de rente) se justifie au vu des circonstances, compte tenu également de la problématique actuelle de la Covid-19, respectivement de la crise économique et de l'emploi frappant le pays ; Vu que la recourante a encore pris position le 27 mai et le 9 juin 2020 ; elle fait état d'une problématique gastrique liée au traitement anti-inflammatoire pouvant jouer un rôle sur sa capacité de gain future dans une activité adaptée ainsi que de douleurs récurrentes aux épaules, de restrictions de mobilité et de compensation physiologiques justifiant le suivi régulier par un ostéopathe ; des rapports médicaux ont été joints auxdites déterminations ; Vu la détermination du 12 juin 2020, par laquelle l'intimé maintient les conclusions de ses précédentes écritures ; il précise que la recourante ne saurait se prévaloir du fait qu'elle ne disposerait plus de connaissances professionnelles suffisantes dans un autre domaine que l'agriculture, dès lors qu'elle a refusé de participer à des mesures de réadaptation professionnelle ; quant à la crise de la Covid-19, il s'agit d'un élément conjoncturel ne touchant pas spécifiquement la recourante ; enfin, le certificat du Dr L. \_\_\_\_\_ ne permet pas de mettre en doute ses conclusions médicales ; Attendu que, interjeté dans les forme et délai légaux par une personne disposant manifestement de la qualité pour recourir, le recours est recevable et qu'il y a lieu d'entrer en matière ; Attendu que le litige porte en l'espèce sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité et, partant, sur son taux d'invalidité ; Attendu qu'à teneur de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée ; est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assurée sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA) ; la LAI ne contenant aucune disposition qui définit l'invalidité, la LPGA est également applicable (art. 1 al. 1 LAI) ; Attendu que, selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins ; pour évaluer le taux d'invalidité chez les assurés actifs, 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. 28a LAI et 16 LPGA) ;

### **E. 5**

Attendu qu'il découle de la notion d'invalidité ainsi définie que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, mais ce sont plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité ou une perte de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée, qui sont déterminantes (RCC 1977, p. 169) ; les atteintes à la santé qui n'ont pas au moins cette conséquence n'aboutissent pas à une invalidité au sens de l'AI ; si elles ont un caractère passager, elles sont éventuellement du ressort de l'assurance-accidents ou de l'assurance-maladie ou bien il s'agit là d'un risque que chacun est censé supporter lui-même (RCC 1973, p. 600) ; le taux d'invalidité étant ainsi une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle telle que le déterminent les médecins ; ce sont les conséquences économiques de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe en définitive d'évaluer (ATF 105 V 207 ; RCC 1981, p. 124, RCC 1980, p. 555) ; Attendu que l'invalidité au sens des art. 7 et 8 LPGA suppose la réalisation de trois conditions : une atteinte à la santé physique ou mentale, une diminution des possibilités de gain présumée permanente ou de longue durée, ainsi qu'un rapport de causalité adéquate entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain ; Attendu que l'incapacité de gain équivaut, après avoir épuisé tous les efforts et les possibilités de réadaptation, à l'impossibilité permanente ou de longue durée de gagner sa vie sur l'ensemble du marché du travail, à cause d'une atteinte à la santé (RCC 1961, p. 79) ; en d'autres termes, pour savoir s'il y a une incapacité de gain, il ne s'agit pas de rechercher uniquement si l'assuré peut ou non exercer l'activité qui était la sienne avant la survenance de l'atteinte à la santé, mais il faut encore déterminer si ses forces physiques le mettent ou ne le mettent pas en état de profiter des possibilités de gain qui lui seraient offertes sur l'ensemble du marché de travail ; en tous les cas, l'assuré est tenu d'atténuer par tous les moyens les effets de son invalidité, en tirant parti de sa capacité de gain résiduelle (ATF 123 V 96, consid. 4c et 113 V 28 consid. 4c) ; Attendu que l'assuré a droit à une mesure de reclassement, lorsqu'il subit une diminution de sa capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les réf. citées), respectivement à une rente, s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI) ; Attendu que, pour pouvoir déterminer le taux d'invalidité, le juge a besoin de documents que le 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 incapable de travailler ; en outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (TFA I 381/03 du 26 novembre 2003 consid. 2.1) ; en ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est décisif de se demander si ce rapport est suffisant pour trancher le litige, s'il repose sur des examens complets du patient, s'il tient compte des douleurs dont celui-ci se plaint, s'il a été établi en connaissance des actes antérieurs (anamnèses), s'il est clair dans l'évaluation des relations médicales et du statut médical et si les conclusions de l'expert sont fondées (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références ; VSI 2001, p. 157) ; Attendu qu'en vertu du principe de la libre appréciation des preuves, consacré notamment à l'art. 61 let. c LPGA, le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et

### **E. 6**

objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu ; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux ; s'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_573/2010 du 8 août 2011 consid. 4.1) ; Attendu que le principe de l'instruction d'office ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir une « second opinion » sur les faits déjà établis par une expertise ; lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique ; la nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise découle du point de savoir si les rapports médicaux au dossier remplissent les exigences matérielles et formelles auxquelles sont soumises les expertises médicales (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_573/2010 du 8 août 2011 consid. 4.2) ; Attendu que, pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes ; il convient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage ; cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2) ; Attendu que 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, le juge pouvant ainsi renoncer à accomplir certains actes d'instruction sans que cela n'entraîne une violation du droit d'être entendu ou une violation du devoir d'administrer les preuves nécessaires (appréciation anticipée des preuves ; cf. notamment TF 9C\_188/2013 du 24 juillet 2013 consid. 2.2 et les références) ; Attendu qu'en revanche, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPG), l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure ; en particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a ; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4) ; de même, 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 suffisants 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 œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 ; TF 8C\_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3) ;

## **E. 7**

Attendu qu'en l'occurrence, pour fonder sa décision, l'intimé s'est basé essentiellement sur l'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_ du 22 février 2019 ainsi que sur les avis du médecin SMR du 2 avril et du 9 décembre 2019 ; Attendu que, dans son avis du 8 mars 2018, vu l'évolution

stagnante depuis la dernière opération de l'épaule droite de la recourante, le médecin SMR avait préconisé une évaluation rhumatologique spécialisée ; malgré la dysthymie évoquée par le Dr J.\_\_\_\_\_, elle estimait qu'il n'était pas nécessaire de procéder à des investigations sur le plan psychiatrique, vu le rapport médical de la Dre G.\_\_\_\_\_ de novembre 2016, duquel il ressortait l'absence de toute atteinte psychiatrique invalidante ; Attendu que, dans son avis du 2 avril 2019, le médecin SMR expliquait que, malgré la probable existence d'un seuil abaissé de la douleur et le fait que l'expert ait palpé 18/18 points de Smythe, aucun critère de non-organicité selon M.\_\_\_\_\_ n'avait été relevé ; aussi, dans la mesure où la présence d'une comorbidité psychiatrique active avait été écartée par le psychiatre et que le descriptif de la vie quotidienne montrait un fonctionnement globalement préservé dans nombre d'activités, il n'y avait pas lieu de poursuivre l'instruction par une expertise psychiatrique (p. 321 ss) ; le médecin SMR estimait que l'expertise du Dr K.\_\_\_\_\_ était probante malgré le fait que l'évaluation médico-théorique de l'expert relative à la capacité de travail résiduelle dans l'activité agricole (capacité de travail de 40%) était plus optimiste que les conclusions de l'enquête agricole (incapacité de travail de 100%) ; d'après le médecin SMR, les tâches lourdes n'étaient toutefois plus exigibles et la capacité de travail résiduelle de 40% concernait uniquement les tâches légères et adaptées ; la date à partir de laquelle la recourante était capable de travailler dans une activité adaptée à 80% n'ayant pas été précisée par l'expert, elle devait être fixée au 26 avril 2017, date de la dernière consultation sur laquelle le Dr J.\_\_\_\_\_ s'était basé pour établir son rapport médical du 15 mai 2017 ; en effet, bien que l'appréciation, par l'expert, de la capacité de travail résiduelle de la recourante différait de celle faite par le Dr J.\_\_\_\_\_, dès lors que ce médecin n'avait pas pris en compte le syndrome polyinsertionnel douloureux, les limitations fonctionnelles retenues par l'expert étaient les mêmes que celles retenues par le Dr J.\_\_\_\_\_ ; Attendu que, dans son avis du 9 décembre 2019, le médecin SMR a confirmé sa position, précisant que la différence d'appréciation de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, entre l'expert (80%) et le Dr J.\_\_\_\_\_ (50%) s'expliquait en raison de la non prise en compte, par le Dr J.\_\_\_\_\_, de la participation d'éléments subjectifs de type « syndrome fibromyalgique », avec diminution du seuil de la douleur, comme facteurs amplificateurs de la symptomatologie douloureuse ; Attendu que le Tribunal fédéral a considéré qu'il se justifiait sous l'angle juridique, en l'état des connaissances médicales, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux à l'appréciation du caractère invalidant d'une fibromyalgie, vu les nombreux points communs entre ces troubles ; dès lors que les facteurs psychosomatiques avaient une influence décisive sur le développement d'une telle maladie, le concours d'un médecin spécialisé en psychiatrie était donc nécessaire pour en poser le diagnostic ; la modification de la jurisprudence ayant conduit à l'introduction d'une grille d'évaluation normative et structurée du caractère invalidant des troubles psychiques au moyen d'indicateurs standards n'a rien changé à cette pratique : la fibromyalgie est toujours

## **E. 8**

considérée comme faisant partie des pathologies psychosomatiques et son évaluation sur le plan de la capacité de travail est par conséquent soumise à la grille d'évaluation susmentionnée (TF 9C\_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2 et les références citées) ; Attendu qu'en l'occurrence, il ressort du dossier que le Dr K.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un « syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique » ; il précise que l'ampleur de la symptomatologie et l'impotence fonctionnelle ne permettent pas d'être

expliquées uniquement par le socle somatique ; celui-ci est probablement à insérer dans un contexte d'une nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur avec douleurs insertionnelles multiples » ; ce syndrome est probablement responsable de l'amplification du ressenti douloureux devenu actuellement chronique ; or, malgré l'évocation, par l'expert, d'un tel syndrome, le diagnostic de fibromyalgie n'a été posé par aucun psychiatre et l'évaluation de cette pathologie sur le plan de la capacité de travail n'a pas été effectuée par un tel spécialiste sur la base de la grille d'évaluation normative et structurée du caractère invalidant des troubles psychiques au moyen d'indicateurs standards ; dans cette mesure, le rapport d'expertise rhumatologique du Dr K. \_\_\_\_\_, lequel ne dispose d'aucune spécialisation en psychiatrie, n'emporte pas pleine valeur probante ; une instruction complémentaire sur le plan psychiatrique s'avérait donc nécessaire ; cette conclusion s'impose d'autant plus compte tenu du diagnostic, également posé par l'expert, de « syndrome anxiodépressif anamnétique depuis 2013 » et de la possible problématique psychique réactionnelle à la situation somatique semblant être évoquée par le Dr J. \_\_\_\_\_ ; en effet, dans son rapport du 15 mai 2017, le Dr J. \_\_\_\_\_ a, entre autres, diagnostiqué une dysthymie, précisant qu'elle était présente de longue date et qu'elle s'était accentuée compte tenu du handicap de la recourante ; des limitations étaient ainsi certainement à prendre en compte eu égard aux répercussions psychiques du handicap fonctionnel majeur qu'elle présentait au niveau du MS D ; d'après ce médecin, il n'était pas certain que la recourante disposait des ressources psychiques suffisantes à la mise en place d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle, vu son âge et sa dépression chronique pouvant s'accroître ; Attendu, par ailleurs, qu'au vu de ces considérations, le rapport médical de la Dre G. \_\_\_\_\_ du 21 novembre 2016 ne justifiait pas l'absence d'instruction sur le plan psychiatrique ; en effet, contrairement au médecin SMR, l'absence de toute atteinte psychiatrique invalidante ou d'une comorbidité psychiatrique active ne saurait manifestement pas être déduite de ce rapport médical ; la psychiatre y expliquait simplement que l'ancienne problématique psychique, pour laquelle la recourante l'avait consultée il y a quelques années, était en rémission et indépendante de la problématique musculo-squelettique des deux bras à l'origine de la demande AI ; elle ne voyait la recourante plus que quelques fois par année, afin de réévaluer le traitement psychotrope ; Attendu que, tant le Dr C. \_\_\_\_\_ (rapports médicaux du 30 janvier 2017 et du 9 mai 2019) que le Dr N. \_\_\_\_\_ (rapport médical du 30 mai 2017), tous deux orthopédistes à la Clinique U. \_\_\_\_\_, ont préconisé, comme option thérapeutique, la pose d'une prothèse inversée de l'épaule droite ; dans ce cadre, le Dr C. \_\_\_\_\_ a d'ailleurs précisé qu'une thérapie physique n'avait pas de sens et n'améliorerait certainement pas la fonction de l'épaule, étant relevé que, par le passé, elle avait provoqué de la douleur plutôt que de la soulager ; cela a d'ailleurs été souligné par le Dr J. \_\_\_\_\_ dans son courrier du 7 octobre 2019 adressé au mandataire de la recourante ; dans cette mesure, contrairement à la position du médecin SMR (avis du médecin SMR du 7 novembre 2017 et du 3 mars 2018), une instruction complémentaire se

## **E. 9**

justifiait également sur le plan orthopédique (voir TF I 404/05 du 19 septembre 2006 consid. 7 ; TF 9C\_72/2015 du 26 octobre 2015 consid. 4.3 ; art. 43 LPGA) et ce, quand bien même le Dr C. \_\_\_\_\_ a aussi, pour finir, vraisemblablement admis une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée ; Attendu qu'au vu de ce qui précède, il apparaît que, pour statuer en toute connaissance de cause sur le droit de la recourante à des prestations AI, il est nécessaire de compléter l'instruction, notamment par la mise en œuvre

d'une expertise pluridisciplinaire, portant sur les plans rhumatologique, psychiatrique et orthopédique ; la limitation aux aspects psychiatrique et orthopédique ne se justifie pas, la situation de la recourante devant être appréciée de manière globale, vu les différentes sphères touchées (voir TFA I 621/03 du 21 avril 2004 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.1 ; TF 9C\_453/2017 et 9C\_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 6.2 et la référence citée : ATF 143 V 124 ; TF 9C\_468/2010 précité consid. 4) ; l'intimé devra ensuite déterminer le taux d'invalidité de la recourante et statuer sur son droit à une rente d'invalidité et à des mesures de réadaptation (voir TF 9C\_453/2017 précité consid. 6.3) ; Attendu que le recours doit donc être admis ; la décision attaquée doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants ; Attendu qu'il n'y a dès lors pas lieu d'examiner à ce stade les autres griefs soulevés par la recourante (voir TF 9C\_648/2008 du 30 juin 2009 consid. 4.3) ; Attendu qu'il y a lieu de laisser les frais de la procédure à la charge de l'Etat (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 219 al. 1 et 223 al. 1 Cpa) ; la recourante, qui obtient gain de cause (ATF 132 V 215 consid. 6.2), a droit à une indemnité de dépens, à verser par l'intimé (art. 61 let. g LPG), indemnité qu'il y a lieu de taxer conformément à l'ordonnance fixant le tarif des honoraires d'avocat (RSJU 188.61) ; PAR CES MOTIFS LA COUR DES ASSURANCES admet le recours ; partant, annule la décision de l'intimé du 23 janvier 2020 ;

#### **E. 10**

renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants ; laisse les frais judiciaires à la charge de l'Etat ; restitue à la recourante son avance de frais par CHF 700.- ; alloue à la recourante une indemnité de dépens de CHF 2'725.- (y compris débours par CHF 100.- et TVA par CHF 194.80), à verser par l'intimé ; informe les parties des voies et délais de recours, selon avis ci-après ; ordonne la notification du présent arrêt : ■ à la recourante, par son mandataire, Me Séverin Tissot-Daguette, avocat à Delémont ; ■ à l'intimé, Office de l'assurance-invalidité du Canton du Jura, rue Bel-Air 3, 2350 Saignelégier ; ■ à l'Office fédéral des assurances sociales, Effingerstrasse 20, 3003 Berne. Porrentruy, le 12 janvier 2022 AU NOM DE LA COUR DES ASSURANCES Le président : La greffière : Jean Crevoisier Julia Friche-Werdenberg

#### **E. 11**

Communication concernant les moyens de recours : « Il vous est loisible de déposer un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement, conformément aux dispositions de la LTF, en particulier aux art. 42, 82 ss et 90 ss LTF, dans un délai de 30 jours à partir de la date où ce jugement vous a été notifié (art. 100 LTF). Ce délai ne peut pas être prolongé (art. 47 al. 1 LTF).

Le mémoire de recours sera adressé au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. Il doit exposer succinctement en quoi l'acte attaqué viole le droit (art. 42 al. 2 LTF). Le recours ne peut critiquer les constatations de fait que si les faits ont été établis de façon manifestement inexacte ou en violation du droit au sens de l'art. 95, et si la correction du vice est susceptible d'influer sur le sort de la cause (art. 97 al. 1 LTF). Si la décision qui fait l'objet d'un recours concerne l'octroi ou le refus de prestations en espèces de l'assurance-accidents ou de l'assurance militaire, le recours peut porter sur toute constatation incomplète ou erronée des faits (art. 97 al. 2 LTF). Les décisions préjudicielles ou incidentes sont susceptibles de recours aux conditions des art. 92 et 93 LTF. Les pièces

invoquées comme moyens de preuve doivent être jointes au mémoire. Il en va de même du jugement attaqué (art. 42 al. 3 LTF).» Les mémoires doivent être remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral, soit, à l'attention de ce dernier, à la Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF).

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