



# RÉPUBLIQUE ET CANTON DU JURA

TRIBUNAL CANTONAL

COUR DES ASSURANCES

---

AI 115 / 2019 + AJ 119 / 2019

Président : Jean Crevoisier  
Juges : Philippe Guélat et Pascal Chappuis  
Greffière : Julia Friche-Werdenberg

## ARRET DU 27 AVRIL 2021

en la cause liée entre

A. \_\_\_\_\_,

- représentée par Me Florence Bourqui, Inclusion Handicap, avocate à Lausanne,

**recourante,**

et

Office de l'assurance-invalidité du Canton du Jura, rue Bel-Air 3, 2350 Saignelégier,

**intimé,**

*relative à la décision de l'intimé du 4 septembre 2019 (NSS : xxx. \_\_\_\_\_).*

## CONSIDÉRANT

### En fait :

- A. Le 27 octobre 2017, A. \_\_\_\_\_ (ci-après : la recourante), née en 1967, divorcée depuis le ... 2013 et mère d'un enfant majeur, né en 1995, au bénéfice d'un CFC d'employée de commerce, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du Canton du Jura (ci-après : l'intimé), en raison d'une arthrose dégénérative et d'une surdité.
- B. En raison de l'importante surdité de perception médiocochléaire bilatérale dont est atteinte la recourante depuis sa naissance, l'intimé prend en charge les frais d'appareillage auditif depuis 1989. Malgré ces moyens auxiliaires, la recourante a néanmoins été contrainte d'abandonner son activité d'employée de commerce et a travaillé quelques années comme vendeuse. En 2011, l'intimé a pris en charge les frais relatifs à des cours de lecture labiale, pour lui permettre de mener à bien son

programme quotidien de travail. Depuis 2013, après avoir entrepris une formation auprès de la Croix-Rouge jurassienne, la recourante exerce la profession d'auxiliaire de santé auprès de ..., profession qui paraît adaptée à son problème d'ouïe.

C.

C.1 Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'intimé a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins traitants de la recourante (not. Dr B. \_\_\_\_\_, FMH en médecine générale, Dr C. \_\_\_\_\_, FMH en rhumatologie). La conseillère de l'intimé s'est entretenue avec cette dernière, individuellement ainsi qu'avec son employeur pour la mise en place de mesures d'intervention précoce.

Sur la base de l'avis médical de la Dre D. \_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional (ci-après : SMR), l'intimé a mis en œuvre un examen clinique rhumatologique auprès du SMR.

C.2 Dans son rapport du 8 novembre 2018, le Dr E. \_\_\_\_\_, FMH en médecine interne et rhumatologie, a diagnostiqué, avec répercussion durable sur la capacité de travail de la recourante, des cervicobrachialgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis et d'un status après PSH D. ainsi que des lombalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis, un syndrome rotulien D avec kyste poplité D et une hypoacousie congénitale appareillée (diagnostics associés). Sans répercussion sur la capacité de travail de celle-ci, il a retenu une fibromyalgie, une insuffisance veineuse des MI avec discret status variqueux et status après cure de varices du MID, une allergie aux fraises, un status après opération d'un tunnel carpien D et un status après fracture du tibia G.

Il a considéré que la recourante était capable de travailler, depuis le 21 août 2017, à 50% dans son activité habituelle d'auxiliaire de santé et à 70%, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire (à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation). Plusieurs limitations fonctionnelles ont été retenues, y compris en ce qui concerne l'hypoacousie appareillée. Selon le Dr E. \_\_\_\_\_, la recourante était apte à suivre une mesure de réadaptation depuis le 21 août 2015.

Ce rapport a été complété le 19 novembre 2018, après réception d'un rapport de scintigraphie 3-phases et du SPECT-CT du 12 octobre 2018, lequel mettrait en évidence une ostéocondrose active au niveau C6-C7 et C5-C6 et une hyperactivité facettaire au niveau L3-L4 et L4-L5, sans altération morphologique dégénérative, avec un diagnostic différentiel d'arthrite ainsi que des hyperactivités au niveau des mains ddc et du pied G, qui seraient aussi bien compatibles avec des changements dégénératifs qu'arthritiques.

C.3 Le 1<sup>er</sup> février 2019, après s'être entretenue une troisième fois avec la recourante et son employeur, la conseillère de l'intimé a proposé deux calculs à l'intimé, le premier correspondant à la situation réelle de la recourante dans son poste actuel, lequel pourrait être adapté par son employeur et le deuxième, basé sur l'ESS Total, dans

une activité adaptée et une capacité de travail à 70%, selon l'avis du SMR. Elle considère qu'une réadaptation avec un droit aux indemnités journalières, dans une activité adaptée à définir, engendrerait obligatoirement des frais plus onéreux que le montant d'une rente partielle perçue jusqu'à l'âge légal de la retraite. Par ailleurs, compte tenu de son invalidité (y compris l'hypoacousie) et de son âge, les chances de réinsertion de la recourante sur le premier marché du travail sont réellement et objectivement compromises.

C.4 Le 3 mai 2019, sur cette base et après réception de nouveaux éléments médicaux, dont notamment le rapport médical du Dr C. \_\_\_\_\_ du 8 janvier 2019, écartant raisonnablement une éventuelle affection rhumatismale inflammatoire d'évolution chronique et relevant que la symptomatologie douloureuse était associée à un syndrome douloureux marqué par des points tendineux douloureux d'insertion (type syndrome fibromyalgique) ainsi qu'un syndrome de fatigue chronique, la Dre D. \_\_\_\_\_ a confirmé les conclusions SMR du 13 novembre 2018 [recte : 8 novembre 2018]. Dans ce cadre, elle a considéré qu'il n'appartenait pas au SMR de se prononcer sur l'option professionnelle à privilégier en fonction des différents facteurs non-médicaux à prendre en compte, que sur le plan médical, il n'existait pas de réserve à envisager une reconversion professionnelle, pour autant que l'activité respecte les limitations fonctionnelles décrites en p. 12 du rapport d'examen rhumatologique du 13 novembre 2018 [recte : 8 novembre 2018], ce d'autant plus, compte tenu du risque d'aggravation des troubles dégénératifs du rachis et des éventuels troubles dégénératifs du genou à long terme, avec risque de péjoration de la capacité de travail résiduelle dans une activité qui ne serait pas complètement adaptée.

D. Le 14 juin 2019, l'intimé a informé la recourante de son intention de rejeter sa demande de prestations, au motif que, d'après l'expertise médicale du 10 octobre 2018, sa capacité de travail dans une activité adaptée s'élevait à 70% depuis le 21 août 2017. Son degré d'invalidité, fixé à 36.02%, étant inférieur à 40%, elle n'avait pas droit à une rente d'invalidité, étant précisé qu'elle n'avait pas souhaité participer à des mesures d'ordre professionnel.

Après lui avoir donné la possibilité de faire valoir son droit d'être entendue, l'intimé a, par décision du 4 septembre 2019, rejeté la demande de prestations de la recourante. Il a confirmé sa précédente argumentation, précisant que le refus de prestations s'imposait sur la base de l'art. 7 LAI.

- E. Le 7 octobre 2019, la recourante a déposé un recours contre ladite décision, concluant, avec suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente à partir du 1<sup>er</sup> août 2018 ainsi qu'au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction concernant l'opportunité des mesures de réadaptation et nouvelle analyse de sa capacité de gain.

En substance, elle estime qu'au vu du rapport du service de réadaptation du 1<sup>er</sup> février 2019 (duquel il ressort qu'un reclassement professionnel n'était pas approprié dans son cas), les conditions de l'art. 17 LAI ne sont pas remplies, de sorte que « sa capacité de gain au sens de l'art. 16 LPGA est celle qu'elle connaît aujourd'hui auprès de son employeur, à un taux de 50%, dans un poste similaire - mais adapté - à celui qu'elle occupait avant 2017 ». Subsidiairement, si l'on devait admettre l'existence d'activités strictement adaptées à sa situation, un abattement de 15% à tout le moins aurait dû être appliqué sur le salaire statistique retenu, afin de tenir compte des nombreuses limitations fonctionnelles liées tant à ses atteintes rhumatologiques qu'auditives et à son âge. Qui plus est, l'art. 7 LAI, cité par l'intimé, ne saurait faire obstacle à l'octroi de prestations, l'examen relatif à l'obligation de réduire son dommage présupposant que des mesures de réadaptation seraient effectivement exigibles sur la base de l'art. 17 LAI, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Au demeurant, aucune mesure concrète ne lui a été proposée et elle n'a reçu aucune information sur les conséquences que pourrait avoir une renonciation à d'éventuelles mesures proposées par l'intimé.

Le 18 octobre 2019, la recourante a déposé une requête d'assistance judiciaire.

- F. Dans sa réponse du 11 décembre 2019, l'intimé conclut au rejet du recours, sous suite des frais. D'après lui, l'expertise du SMR remplit les conditions jurisprudentielles en la matière, de sorte qu'elle a force probante, étant précisé que les appréciations médicales de l'expert SMR sont partagées par les médecins traitants, tant en ce qui concerne les diagnostics que la capacité résiduelle de travail que dans l'activité habituelle. S'agissant de l'évaluation médicale de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, aucun élément au dossier ne permet de remettre en cause les conclusions de l'expert du SMR. Au demeurant, l'abattement de 10% sur le salaire statistique tient compte des limitations fonctionnelles et de l'âge de la recourante.

S'agissant de la requête d'assistance judiciaire de la recourante, il laisse le soin à la Cour de céans de statuer ce que de droit.

- G. La recourante et l'intimé ont encore pris position le 21 janvier 2020, respectivement le 6 février 2020.
- H. Il sera revenu ci-après, en tant que besoin, sur les autres éléments du dossier.

**En droit :**

1. Interjeté dans les forme et délai légaux par une personne disposant manifestement de la qualité pour recourir, le recours est recevable et il y a lieu d'entrer en matière.
2. L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité. Est litigieuse en l'occurrence la question du degré d'invalidité de la recourante dans une activité adaptée.
3. A 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'assuré 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).
- 3.1 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).

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 tel que le déterminent les médecins. Ce sont les conséquences économiques de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe en définitive d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a).

- 3.2 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.

S'agissant de la diminution de la capacité de gain, la jurisprudence a considéré que l'incapacité de gain équivaut, après avoir épuisé tous les efforts et 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 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).

La rente de l'assurance-invalidité visant à la compensation d'un préjudice patrimonial qui présente une certaine importance (art. 28 al. 2 LAI), son octroi présuppose que la personne assurée subisse un dommage matériel objectif correspondant à une perte de gain ou à une incapacité à vaquer à ses occupations habituelles liée à l'invalidité de 40% au moins (ATF 137 V 334 consid. 5.5.3). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 p. 489 et les références ; TF I 301/00 du 23 octobre 2000, consid. 2b ; ATF 124 V 110 consid. 2b ; art. 28 al. 2 LAI).

#### 4.

##### 4.1

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 citées ; VSI 2001, p. 157).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 8C\_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3).

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 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).

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).

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). Dans cette hypothèse, 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 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1), 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, compte tenu de la relation de confiance qui unit le médecin traitant à son patient. Toutefois, ce motif seul ne suffit pas pour écarter purement et simplement l'avis de médecins traitants (dans ce sens, not. TF 9C\_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1).

- 4.2 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; cf. ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; cf. ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité).

5.

5.1 En l'espèce, pour fonder sa décision, l'intimé s'est basé sur le rapport d'examen clinique rhumatologique du 8 novembre 2018 du Dr E. \_\_\_\_\_, médecin au SMR, sur le complément du 19 novembre 2018 audit rapport et sur les avis du médecin SMR du 9 août 2018 et du 3 mai 2019.

Bien qu'elle ne conteste pas formellement la valeur probante de l'examen clinique rhumatologique du Dr E. \_\_\_\_\_, la recourante estime que, sur le marché ordinaire du travail, il n'existe pas d'activités strictement adaptées à sa situation (compte tenu de ses problèmes rhumatologiques, auditifs ainsi que de son âge). Elle paraît donc prétendre que le revenu d'invalidé à prendre en compte est celui qu'elle réalise effectivement auprès de son employeur à 50% dans un poste adapté, de sorte que son taux d'invalidité est de 50%, ce qui lui ouvre le droit à une demi-rente d'invalidité. Indirectement, elle semble ainsi contester sa capacité de travail dans une activité adaptée, fixée à 70% par le Dr E. \_\_\_\_\_.

Il ressort du dossier que, dans son rapport du 9 août 2018, le médecin SMR avait estimé que les volets psychiatrique et oto-rhino-laryngologique n'étaient pas nécessaires pour apprécier la capacité de travail de la recourante. S'agissant du volet psychiatrique, il ne se justifiait pas, dans la mesure où, d'après le rhumatologue, la fibromyalgie et le syndrome de fatigue chronique n'étaient pas incapacitants et où le dossier ne faisait état d'aucune atteinte psychiatrique. Quant à l'hypacousie appareillée, le médecin SMR avait considéré que des limitations fonctionnelles pouvaient être ajoutées à l'expertise (éviter les environnements bruyants, par exemple le travail dans une pièce où plusieurs personnes parlent en même temps au téléphone ; l'activité ne devrait pas requérir l'utilisation fréquente du téléphone chez cette assurée qui indique utiliser parfois la lecture labiale). Sur cette base, l'intimé avait demandé au SMR de mettre en œuvre un examen clinique rhumatologique.

5.2 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 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).

En l'occurrence, il ressort du dossier qu'aucun psychiatre n'a posé le diagnostic de fibromyalgie. Par ailleurs, l'évaluation de cette pathologie sur le plan de la capacité

de travail n'a pas été effectuée 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'examen clinique du Dr E. \_\_\_\_\_, lequel ne dispose d'aucune spécialisation en psychiatrie, n'emporte pas pleine valeur probante.

- 5.3 Quant au volet oto-rhino-laryngologique, il ressort du dossier qu'aucun oto-rhino-laryngologue ne s'est prononcé sur la capacité de travail de la recourante ou sur les limitations fonctionnelles de celle-ci sur ce plan. L'avis des Dr F. \_\_\_\_\_, G. \_\_\_\_\_ puis H. \_\_\_\_\_, FMH en oto-rhino-laryngologie et en chirurgie cervico-faciale, a été requis uniquement en ce qui concerne la nécessité d'un appareil auditif depuis 1989 et la prise en charge de cours de lecture labiale. Dans cette mesure, il apparaît que le dossier de la cause n'était pas suffisamment étayé sur le plan oto-rhino-laryngologique, pour que l'intimé statue sur la capacité de travail de la recourante sur ce plan (voir *a contrario* 9C\_372/2018 du 29 octobre 2018 consid. 3 et 5.2 ; TF 9C\_468/2010 du 31 janvier 2011 consid. 4 ; TF 9C\_699/2009 du 24 février 2010 consid. 4.4 et 4.5 ; TF 9C\_620/2011 du 30 mars 2012 consid. 3.3.2), étant d'ailleurs précisé que les limitations fonctionnelles fixées par le Dr E. \_\_\_\_\_ dans son examen clinique rhumatologique du 8 novembre 2018 ont été reprises telles quelles du rapport du médecin SMR, la Dre D. \_\_\_\_\_, du 9 août 2018 (cf. consid. 5.1 ci-dessus), laquelle n'est pas non plus spécialisée en oto-rhino-laryngologie. Cette conclusion s'impose d'autant plus que l'acuité auditive de la recourante a baissé graduellement depuis 1989.
- 5.4 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 oto-rhino-laryngologique. La limitation aux aspects psychiatrique et oto-rhino-laryngologique ne se justifie pas. D'une part, au vu du pronostic posé par le Dr E. \_\_\_\_\_ (troubles dégénératifs du rachis risquant de s'aggraver à long terme et syndrome rotulien D pouvant conduire à long terme à des troubles dégénératifs du genou droit s'ils n'existent pas déjà), une révision de la situation était à prévoir dans 3 ans en cas d'octroi d'une rente (soit en novembre 2021) et, d'autre part, vu les différentes sphères touchées, il se justifie d'apprécier la situation de la recourante de manière globale (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).
6. 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.

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).

7. (...).

8. (...).

**PAR CES MOTIFS**

**LA COUR DES ASSURANCES**

**constate**

que la requête à fin d'assistance judiciaire déposée par la recourante dans le cadre de la présente procédure de recours est devenue sans objet ;

**admet**

le recours ; partant,

**annule**

la décision de l'intimé du 4 septembre 2019 ;

**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 ;

**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 délai de recours, selon avis ci-après ;

**ordonne**

la notification du présent arrêt :

- à la recourante, par sa mandataire, Me Florence Bourqui, Inclusion Handicap, avocate à Lausanne ;
- 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 27 avril 2021

**AU NOM DE LA COUR DES ASSURANCES**

**Le président :**

**La greffière :**

Jean Crevoisier

Julia Friche-Werdenberg

**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).»*