

# **GE\_GERICHTE ATAS/1217/2018 vom 20. Dezember 2018**

GE Cour de justice, 2018-12-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1217\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1217_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1217/2018 du 20 décembre 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1217/2018 del 20 dicembre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 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.

### **E. 2**

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

### **E. 3**

Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Le délai de recours court dès le lendemain de la notification de la décision (art. 62 al. 3 LPA et dans le même sens art. 38 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 89B LPA-GE).

### **E. 4**

Est litigieux le droit de la recourante à au moins un trois-quarts de rente d'invalidité, plus particulièrement l'évaluation de sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et de ses empêchements dans le ménage.

### **E. 5**

a. 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 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.

A/4036/2017 - 15/28 - 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 LPGGA et art. 28a al. 1 LAI). b. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). c. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA.

## **E. 6**

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 LPGGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

A/4036/2017 - 16/28 -

## **E. 7**

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Le

diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. 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)

A/4036/2017 - 17/28 - (ATF 139 V 346 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

## **E. 8**

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 du 3 juin 2015), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée

comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

## **E. 9**

S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la

A/4036/2017 - 18/28 - personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs). Ces indicateurs sont classés comme suit : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3). A. Axe « atteinte à la santé » 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1). 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut

rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. II

A/4036/2017 - 19/28 - est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in RSAS 2012 IV n° 1, p. 1), mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). À l'ATF 143 V 418, le Tribunal fédéral a examiné dans quelle mesure des troubles psychiques en tant que comorbidités d'un trouble somatoforme douloureux, doivent être pris en considération pour examiner le caractère invalidant d'un tel trouble. Il a précisé que même si ces troubles psychiques, pris séparément, ne sont pas invalidants en application de la nouvelle jurisprudence publiée aux ATF 141 V 281, ils sont pertinents dans l'appréciation globale de la capacité de travail d'une personne atteinte d'un trouble somatoforme douloureux. En effet, cette appréciation doit tenir 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.

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se

confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

A/4036/2017 - 20/28 - II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4). A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). 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).

### **E. 10**

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.

A/4036/2017 - 21/28 - 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

### **E. 12**

Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante. Il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en

relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_797/2017 du 22 mars 2018 consid. 4.2). Lorsqu'une expertise ne permet pas une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants développés par la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux et d'autres syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, un renvoi à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision est possible (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_219/2015 du 12 octobre 2015 consid. 5.4).

### **E. 13**

La recourante conteste la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire du CEMed et de l'expertise psychiatrique du Dr F\_\_\_\_\_. En revanche, elle ne conteste pas la valeur probante de l'expertise rhumatologique de la Dresse G\_\_\_\_\_ qui n'est pas davantage remise en question par l'intimé. Toutefois, en tant que la Dresse G\_\_\_\_\_ pose un diagnostic de fibromyalgie sans incidence sur la capacité de travail alors que les critères jurisprudentiels ayant cours au moment de la décision litigieuse n'ont pas été pris en compte pour apprécier le caractère incapacitant de la fibromyalgie, son expertise est incomplète sur cette question. Par conséquent, la

A/4036/2017 - 24/28 - chambre de céans ne peut pas se baser sur ses conclusions relatives à l'absence d'incidence sur la capacité de travail de la fibromyalgie pour trancher le présent litige. En revanche, s'agissant des lombalgies avec sciatalgies gauches intermittentes sur troubles dégénératifs, canal lombaire étroit et foramens rétrécis, la Dresse G\_\_\_\_\_ explique que la description des douleurs est plausible, notamment l'irradiation dans le membre inférieur gauche, au vu de l'état inflammatoire chronique, attesté par le phénomène de MODIC I et les épanchements dans les massifs articulaires postérieurs, qui peuvent très bien générer les douleurs décrites par la recourante. Elle relève également que celle-ci présente des troubles dégénératifs sévères des deux épaules mais plus particulièrement à gauche avec un état inflammatoire chronique qui nécessite une évaluation par un chirurgien-orthopédiste. Au vu de ces explications, ses conclusions quant aux diagnostics lombaires et à la capacité de travail de la recourante sont motivées, tiennent compte des plaintes de la recourante ainsi que d'un examen clinique de rhumatologie, de l'anamnèse et reposent sur les pièces médicales du dossier. De plus, aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé et aucune appréciation d'un médecin traitant ne permet de douter de leur pertinence. Par conséquent, elles ont une valeur probante, de sorte qu'il y a lieu de retenir que la recourante présente une capacité de travail dans une activité adaptée au maximum de 70 % depuis juillet 2011 et de 50 % depuis l'été 2012 avec une diminution de rendement de 10 %, sous réserve de l'examen de l'effet incapacitant de la fibromyalgie au regard des nouveaux critères jurisprudentiels et d'un examen par un chirurgien-orthopédiste quant aux troubles des épaules. Quant au rapport d'expertise du Dr F\_\_\_\_\_, ce dernier retient un diagnostic non incapacitant d'épisode dépressif léger (F 32.00) sans syndrome somatique. La recourante conteste ce diagnostic eu égard au trouble dépressif sévère diagnostiqué par le Dr M\_\_\_\_\_ dans son rapport du 19 juin 2017. En l'occurrence, le Dr F\_\_\_\_\_ considère que la recourante ne souffre pas d'une pathologie psychiatrique grave et qu'un traitement antalgique de fond de type antidépresseur ainsi qu'un suivi psychothérapeutique de type thérapie cognitivo-comportementale (TCC) auront très

vraisemblablement un effet bénéfique au moins partiel sur le ressenti de la symptomatologie douloureuse. En l'occurrence, le fait que la recourante ne suit un traitement psychothérapeutique que depuis le 23 septembre 2015 rend plausible qu'à l'époque de l'examen du Dr F\_\_\_\_\_, soit le 24 juillet 2013, son état de santé psychique n'était pas suffisamment important pour nécessiter un tel traitement et que le diagnostic était celui d'épisode dépressif léger. Dans son rapport d'expertise, le Dr F\_\_\_\_\_ prend en compte les plaintes de la recourante et l'anamnèse, se base sur le status clinique existant lors de son expertise ainsi que sur le dossier médical et explique pourquoi il ne retient pas le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Par ailleurs, aucun rapport médical au dossier datant de la même époque ne procède à une évaluation psychiatrique

A/4036/2017 - 25/28 - divergente. Par conséquent, ce rapport d'expertise remplit tous les critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. S'agissant du rapport d'expertise du CEMed du 29 juillet 2016, les parties s'accordent en définitive quant à son absence de valeur probante, même si dans la décision litigieuse, l'intimé a tout d'abord considéré qu'il y avait lieu de suivre ses conclusions avant de se rétracter dans son mémoire de réponse. Dans leur rapport du 29 juillet 2016, les experts diagnostiquent, avec répercussion sur la capacité de travail, un conflit sous acromial chronique bilatéral gauche présent depuis 2007 probablement. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils diagnostiquent des lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs modérés, un épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00) et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Pour justifier les diagnostics rhumatologiques, la Dresse K\_\_\_\_\_ relève que la recourante présente un état douloureux chronique ciblé sur la région lombaire et sur les épaules. Elle explique que dans la plupart des cas de syndrome douloureux chronique, on assiste plutôt à un phénomène d'extension de la douleur avec des douleurs généralisées et migratrices, ce qui n'est pas le cas chez la recourante qui décrit toujours clairement des douleurs uniquement au niveau lombaire et aux épaules, principalement à l'épaule gauche. Les développements de la Dresse K\_\_\_\_\_ ne permettent pas de comprendre pourquoi, à l'inverse de la Dresse G\_\_\_\_\_, elle ne diagnostique pas une fibromyalgie alors que précisément la recourante présente les dix-huit points douloureux sur dix-huit permettant de poser un tel diagnostic. Par ailleurs, elle n'explique à aucun moment pourquoi elle ne considère pas que les lombalgies chroniques sont incapacitantes au contraire de la Dresse L\_\_\_\_\_. Quant au Dr H\_\_\_\_\_, il n'explique pas pourquoi il retient le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques bien qu'il relève que l'examen somatique met en évidence dix-huit points algiques sur dix-huit, soit les points douloureux qui justifient un diagnostic de fibromyalgie. De plus, le diagnostic d'épisode dépressif léger est contesté par le Dr M\_\_\_\_\_, dans son rapport du 19 juin 2017, qui diagnostique un épisode dépressif sévère ainsi qu'une anxiété généralisée sur la base de ses observations, des tests de Beck ainsi que de son suivi clinique et fait état d'une importante péjoration de l'état psychique de la recourante malgré le travail psychothérapeutique depuis septembre 2015 et la compliance au traitement. Or, au vu des diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail posés par le psychiatre traitant qui suit la recourante depuis septembre 2015 et a eu le recul temporel nécessaire pour se faire une idée précise de son état de santé sur la base de ses observations régulières, l'expert se devait de motiver son appréciation de façon particulièrement fouillée, ce qu'il n'a pas fait (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_905/2015 du 29 août 2016 consid. 5.3.3). Enfin, bien que la recourante ait exprimé plusieurs plaintes sur le plan psychique qui sont mentionnées dans le rapport d'expertise, notamment fatigue,

absence d'envies et d'intérêts, troubles mnésiques importants apparus récemment, anxiété, impulsivité,

A/4036/2017 - 26/28 - tristesse marquée, sentiments de dévalorisation et perte d'appétit, le Dr H\_\_\_\_\_ ne les retient pas dans son appréciation. Il explique qu'il n'a pas observé de troubles de la concentration tout en indiquant que la mémoire est extrêmement difficile à évaluer et que durant l'entretien, il n'a pas constaté de ralentissement psychomoteur ni de fatigue. Toutefois, tout en étant informé du suivi psychologique de la recourante par Appartenances, il n'a pas pris contact avec les thérapeutes alors que les observations de ceux-ci auraient pu lui permettre d'apprécier plus précisément la question des troubles mnésiques, de la tristesse et de la perte d'envie de vivre qui ont été constatés par le Dr M\_\_\_\_\_ lors de ses divers examens. Par conséquent, le rapport d'expertise est incomplet. Il l'est d'autant plus que le Dr H\_\_\_\_\_ n'examine pas le caractère incapacitant des diagnostics psychiques posés au regard de la grille d'analyse établie par la jurisprudence. Ainsi, le rapport d'expertise ne met pas en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la recourante d'autre part. Il ne donne pas d'indications pertinentes sur le degré de gravité du trouble douloureux. Il n'est pas possible non plus de déterminer l'interaction entre le trouble douloureux et les autres diagnostics psychiques retenus, des indications précises sur le développement et la structure de la personnalité de la recourante faisant défaut. Il n'est ainsi pas possible de savoir si les ressources personnelles de la recourante sont diminuées par l'existence de comorbidités psychiatriques justifiant la reconnaissance de limitations fonctionnelles ainsi que le Dr M\_\_\_\_\_ le retient dans son rapport du 27 septembre 2017. En effet, le rapport d'expertise ne contient aucune indication sur les ressources de la recourante et sa capacité à les mobiliser, au regard d'éventuelles limitations des niveaux d'activités dans les domaines comparables de la vie. Il n'aborde pas davantage les fonctions complexes du Moi, notamment le contrôle des affects et des impulsions bien que la recourante se plaigne d'impulsivité. Par conséquent, au vu de ses lacunes et contradictions, le rapport d'expertise du CEMed n'a pas de valeur probante. S'agissant des divers rapports du Dr M\_\_\_\_\_, celui du 19 juin 2017 analyse les critères de Mosimann au lieu de ceux de la nouvelle grille établie par le Tribunal fédéral. Celui du 27 septembre 2017 analyse les critères de la nouvelle jurisprudence, mais de façon insuffisamment approfondie pour permettre de trancher le présent litige sur cette base.

#### **E. 14**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ;

A/4036/2017 - 27/28 - RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du

#### **E. 19**

mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). 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). En l'espèce, dans son avis du 24 septembre 2015, le SMR a requis la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire rhumato-psychiatrique afin d'analyser les répercussions de la composante fibromyalgique sur la capacité de travail en se basant sur les indicateurs standards requis par la nouvelle jurisprudence. Or, les experts du CEMed n'ont nullement procédé à une telle analyse, de sorte que cette question est restée complètement non instruite par l'intimé. De plus, dans son rapport d'expertise, la Dresse G\_\_\_\_\_ a préconisé que l'état inflammatoire chronique aux deux épaules soit analysé par un chirurgien-orthopédiste, sans que l'intimé ne diligente un tel examen, de sorte qu'il n'a également pas du tout instruit cette question. Au vu de cette situation, il convient de renvoyer le dossier à l'intimé pour qu'il mette en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire rhumatologique, orthopédique et psychiatrique afin de compléter l'instruction sur les troubles inflammatoires des épaules, l'effet incapacitant de la fibromyalgie et des autres troubles psychiques au regard de la grille d'analyse du Tribunal fédéral. Ce renvoi rend superflue l'analyse des autres griefs soulevés par la recourante. 15. Il se justifie, en conséquence, d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 31 août 2017 et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision. La recourante étant représentée par un avocat et obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Étant donné que depuis le 1er juillet 2006 la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

A/4036/2017 - 28/28 - 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.