

## **GE\_GERICHTE ATAS/165/2020 vom 2. März 2020**

GE Cour de justice, 2020-03-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_165\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_165_2020)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/165/2020 du 2 mars 2020

IT: GE\_GERICHTE ATAS/165/2020 del 2 marzo 2020

### **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

A/3897/2018 - 11/27 - (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**

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

#### **E. 3**

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

#### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur la question de l'évaluation de sa capacité de travail.

#### **E. 5**

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente

s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

## **E. 6**

a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve

A/3897/2018 - 12/27 - de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2). Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5). Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. b. 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

A/3897/2018 - 13/27 - facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes : - Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3), A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1) Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3). B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2) C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3) - Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4) Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2). Le « complexe personnalité » englobe à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : autoperception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

A/3897/2018 - 14/27 - c. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une telle évaluation si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va notamment ainsi lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable, ou si l'existence d'une incapacité de travail est niée de manière convaincante par un avis médical spécialisé ayant pleine valeur probante et que les éventuels avis contraires peuvent être écartés faute de pouvoir se voir conférer une telle valeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). 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 (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 le plus tôt possible 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 doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive

A/3897/2018 - 15/27 - l'assuré de ressources. Il 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). 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). 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

A/3897/2018 - 16/27 - 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 asséurologique 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). d. Le diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il 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). L'organe chargé de l'application du droit doit avant de procéder à l'examen des indicateurs mentionnés analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2).

A/3897/2018 - 17/27 - L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a).

## **E. 7**

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. 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**

a. Il convient d'examiner la valeur probante de l'expertise du CEMed du 13 juin 2018. Fondée sur toutes les pièces du dossier, comprenant l'histoire médicale de la recourante, ses plaintes, une anamnèse complète, une description des activités quotidiennes, un status psychique et somatique, des diagnostics clairs ainsi qu'une appréciation motivée des limitations fonctionnelles de la recourante, l'expertise du CEMed répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante, sous réserve de l'examen des indicateurs jurisprudentiels précités, comme il sera exposé ci-après. Du point de vue somatique, il n'y a pas d'explication organique objective aux douleurs, soit la présence d'un syndrome douloureux diffus sans substrat ; du point de vue psychique il y a un syndrome douloureux somatoforme persistant. b. Préalablement, il convient de relever que la recourante ne prétend pas qu'un volet rhumatologique était nécessaire pour évaluer son état de santé, en lieu et place du volet de médecine physique et de rééducation. Le fait que le Dr G\_\_\_\_\_ ne soit pas rhumatologue n'est ainsi pas déterminant, ce d'autant que la rhumatologue traitante de la recourante s'est ralliée aux conclusions de ce dernier.

A/3897/2018 - 23/27 - c. L'instruction menée par la chambre de céans auprès des médecins traitants de la recourante ainsi que les investigations menées par le service de neurologie et le service de médecine génétique des HUG, n'amènent pas d'éléments déterminants qui remettraient en cause les données recueillies, le status, les constatations et les diagnostics posés par l'expertise du CEMed. En effet, la Dresse F\_\_\_\_\_ s'est ralliée aux conclusions de l'expertise, en ajoutant que la recourante ne pouvait pas porter de charge de plus de 20 kg et devait alterner les positions assise/debout, soit des limitations qui restent compatibles avec la capacité de travail reconnue à la recourante dans son ancienne activité de vendeuse. Le Dr B\_\_\_\_\_ a mentionné, dans le même sens, un syndrome douloureux chroniques post traumatique non objectivable. Quant à la consultation ambulatoire de la douleur des HUG, elle a mentionné (rapport du 1er novembre 2018) une probable fibromyalgie et des crises d'angoisse qui avaient diminué avec le suivi du Dr H\_\_\_\_\_ et qui étaient actuellement devenues plus fréquentes, un trouble dépressif moyen, lié aux douleurs et (rapport du 9 mai 2019) un syndrome somatoforme douloureux persistant ; en outre, le diagnostic de syndrome douloureux diffus sans substrat était contesté, au motif que certains tests pouvaient objectiver les douleurs. A cet égard, il n'est cependant pas allégué que la recourante se serait soumise à de tels tests. Par ailleurs, l'ENMG du 18 février 2019 évoque seulement une neuropathie des petites fibres par gain de fonction et la nécessité d'investiguer plus avant par le biais d'un test génétique, lequel a exclu toute anomalie génétique (rapport du 8 août 2019). On ne saurait dès lors retenir, sur la base de ces

éléments, un syndrome douloureux objectivé. Par ailleurs, la consultation ambulatoire de la douleur fait état d'une possible aggravation de l'état de santé psychique de la recourante, par la présence d'un état dépressif moyen attesté, au plus tôt, depuis le suivi du Dr M\_\_\_\_\_ le 6 décembre 2018 (rapport du 23 avril 2019). Or, Cette aggravation étant postérieure à la décision attaquée du 4 octobre 2018, elle sort de l'objet du présent litige. En effet, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence ; arrêt du Tribunal Fédéral 9C 207/2008 du

## **E. 16**

mars 2009). Ainsi, les constatations et diagnostics retenus par le CEMed sont confirmés par les médecins traitants de la recourante. Les experts, comme les médecins traitants, reconnaissent la présence chez la recourante d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. d. En revanche, le Dr B\_\_\_\_\_ et les médecins de la consultation ambulatoire de la douleur estiment que le syndrome somatoforme douloureux persistant est totalement incapacitant depuis mars 2013 (Dr B\_\_\_\_\_) ou à tout le moins depuis octobre 2018 (consultation ambulatoire de la douleur), alors que l'expertise du

A/3897/2018 - 24/27 - CEMed a conclu à une capacité de travail totale de la recourante dans son ancienne activité de vendeuse. A cet égard, en présence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, l'intimé se devait de procéder à l'examen des indicateurs jurisprudentiels précités, afin d'évaluer son impact sur la capacité de travail de la recourante. Or, s'agissant de l'évaluation du caractère incapacitant de ce syndrome, il convient de constater que l'expertise du CEMed ne contient pas suffisamment d'éléments permettant, comme elle l'a fait, de l'écarter, en particulier d'éléments permettant d'évaluer les indicateurs jurisprudentiels précités. d/aa. Les constatations et conclusions de l'expertise du CEMed permettent tout d'abord de retenir une atteinte à la santé importante et pertinente, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusions tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (ATF 141 V 281). En particulier, l'expert psychiatre a considéré que la recourante était authentique dans l'expression de ses douleurs et que son attitude était adéquate envers l'examineur, nonobstant des traits histrionique (expertise CEMed p. 19) ; l'expertise somatique a relevé que la recourante n'était pas majorante à l'examen physique, qu'elle était authentique dans sa souffrance même si elle avait une perception dramatique de son histoire médicale (expertise CEMed p. 23). Par ailleurs, les Drs B\_\_\_\_\_ et la consultation ambulatoire de la douleur estiment que l'affection de la recourante est totalement incapacitante. d/bb. S'agissant du traitement, la recourante ne bénéficie plus de physiothérapie et ne suit pas de psychothérapie. Elle prend cependant des médicaments dont des antidouleurs et des anti-inflammatoires (expertise CEMed p. 13). Elle a, pendant une courte période, bénéficié d'un traitement antidépresseur (expertise CEMed p. 10). L'expert psychiatre ne s'est pas prononcé sur la question du traitement alors que l'expert en médecine physique et réadaptation a indiqué que le traitement avait été conduit selon les règles de l'art (expertise CEMed p. 24). Au vu de ce qui précède, l'expertise du CEMed ne permet pas d'évaluer correctement ce critère, en particulier de déterminer l'existence d'un échec des traitements et d'en tirer des conséquences sur le degré de gravité de l'atteinte à la santé de la recourante

et le poids effectif des souffrances. d/cc. Aucune comorbidité n'est signalée ni aucun trouble de la personnalité par les experts ou les médecins traitants, étant relevé que le trouble dépressif doit être considéré comme établi depuis décembre 2018 seulement. d/dd. S'agissant du contexte social, la recourante est principalement soutenue par ses médecins et sa famille (expertise CEMed p. 24) ; une voisine et sa mère effectuent les activités ménagères ; elle n'a aucune relation professionnelle mais voit ses parents, la voisine (avec laquelle elle mange parfois) et de la famille du côté de sa mère (expertise CEMed p. 15 - 16). Au vu de ce qui précède, il semble que la recourante présente un retrait social, confirmé par ses médecins traitants, lesquels évoquent un isolement social (rapport de la consultation ambulatoire de la douleur du 23 avril 2019).

A/3897/2018 - 25/27 - d/ee. S'agissant de la cohérence, les experts ont relevé une atteinte uniforme dans tous les domaines de la vie, une limitation des activités au quotidien, une autonomie limitée aux tâches administratives, des activités ménagères réduites, aucun loisir, aucun déplacement sans être aidée, une activité limitée à des sorties avec son chien et une limitation dans toutes ses activités (expertise CEMed pp. 15, 23 et 24). Par comparaison, dans sa jeunesse, la recourante a pratiqué du volley ball à haut niveau, du tennis et du basket (expertise CEMed p. 12). Dans le même sens, la consultation ambulatoire de la douleur a relevé une diminution globale de tous les aspects de la qualité de vie (rapports des 1er novembre 2018 et 9 mai 2019). Au vu de ce qui précède, l'atteinte à la santé de la recourante semble la limiter de façon importante dans ses travaux habituels et dans ses loisirs ; elle semble présenter un retrait social conséquent étant donné que ses relations sont limitées à sa famille et une voisine. Par ailleurs, son niveau d'activité sociale s'est modifié de façon importante depuis l'atteinte à la santé dès lors qu'elle n'a plus aucun loisir alors qu'elle effectuait plusieurs activités sportives dont du volley ball à haut niveau. e. Au demeurant, l'expertise du CEMed permet d'écarter d'emblée un motif d'exclusion, de sorte que le diagnostic retenu doit être examiné à l'aune des indicateurs jurisprudentiels. S'agissant de ceux-ci, seuls la comorbidité et le diagnostic de personnalité ont été clairement examinés et niés par les experts. En revanche, les éléments relatifs au traitement ne permettent pas de comprendre l'analyse des experts, laquelle n'y figure pas explicitement, étant relevé que les experts semblent plutôt considérer qu'il existe un échec de tous les traitements ; le contexte social est décrit comme pauvre, avec des ressources limitées aux parents et à une voisine ; la cohérence semble totale entre l'invocation d'une incapacité totale de travail et les activités du quotidien, drastiquement limitées, en particulier en rapport avec les activités sportives importantes existant avant l'atteinte à la santé. Or, selon le Tribunal 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 oeuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 p. 309; 137 V 210 consid. 6 p. 266 ; arrêt du Tribunal Fédéral 9C 797/2017 du 22 mars 2018). En l'occurrence, un tel complément d'expertise s'impose, pour les motifs précités, de sorte que le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. 13. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 4 octobre 2018 sera annulée. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière

administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant

A/3897/2018 - 26/27 - 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 200.-.

A/3897/2018 - 27/27 - 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.