

# **GE\_GERICHTE ATAS/264/2020 vom 7. April 2020**

GE Cour de justice, 2020-04-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_264\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_264_2020)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/264/2020 du 7 avril 2020

IT: GE\_GERICHTE ATAS/264/2020 del 7 aprile 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 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. 1.2**

in fine) jouent un certain rôle, sans qu'il faille a priori exclure de ce fait une atteinte à la santé significative sur le plan juridique, il y a lieu d'évaluer les situations révélant une exagération, etc. (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1). Des

A/3258/2019 - 19/31 - indices d'exagération ou de manifestations de ce genre ainsi que d'autres expressions d'un bénéfice secondaire de la maladie consistent notamment en une discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins médicaux, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial intact ; un simple comportement explicite – ou démonstratif – n'indique pas en soi une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; 131 V 49 consid. 1.2). La gravité du processus pathologique doit aussi être rendue vraisemblable à l'aide de tous les éléments disponibles provenant de l'étiologie et de la pathogenèse déterminantes pour le diagnostic. La description du trouble douloureux somatoforme dans la CIM-

### **E. 2**

Le délai de recours est de trente jours (art. 60 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. 3**

Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à rejeter la nouvelle demande de prestations, sous forme de rente d'invalidité, de la recourante formulée

A/3258/2019 - 15/31 - le 27 août 2016. Concrètement, le litige concerne l'existence d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée entre le 30 juin 2015 (décision de refus de prestations) et le 4 juillet 2019 (rejet de la nouvelle demande de prestations).

### **E. 4**

Conformément à l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b et les références citées). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 ; 130 V 343 consid. 3.5). À cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1). Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit entre la dernière décision entrée en force, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, d'une part, et la décision litigieuse, d'autre part (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_754/2013 du 16 avril 2014 consid. 2.1). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9 ; 117 V 198 consid. 4b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_717/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 491/2003 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références).

A/3258/2019 - 16/31 -

## **E. 5**

a. Aux termes des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Conformément à 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 (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). À teneur de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte

résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. 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. D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'AI le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'AI, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c ; 117 V 278 consid. 2b ; 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGGA).

#### **E. 6**

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins (let. c). L'al. 2 de cette

A/3258/2019 - 17/31 - disposition légale prescrit que 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. Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance 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, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré.

#### **E. 7**

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 LPGGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt

du Tribunal fédéral 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2). 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 ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). b. Depuis le prononcé de deux arrêts du Tribunal fédéral du 30 novembre 2017, le Tribunal fédéral, la jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux – et également applicable notamment à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1) –, 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 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

A/3258/2019 - 18/31 - 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 (ATF 143 V 409 consid. 4.5 ; 143 V 418 consid. 6, 7 et 8). 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). c. Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale conformément à l'ATF 141 V 281 peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes : - Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (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). c/aa. Pour ce qui est du complexe « atteinte à la santé » – premier indicateur –, dans la catégorie « degré de gravité fonctionnel », 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. Si, d'un autre côté, des critères d'exclusion (ATF 131 V 49 consid.

## E. 10

a. L'intimé a, à juste titre, retenu un changement important de l'état de santé de l'intéressée, sous forme d'aggravation, motivant une révision, et le degré d'invalidité a été fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière complète, en l'occurrence par la mise en œuvre d'expertises rhumatologique et psychiatrique, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité. b. Pour ce qui est de la valeur probante, le SMR et l'OAI admettent celle tant de l'expertise psychiatrique que de l'expertise rhumatologique. La recourante, quant à elle, ne conteste pas la valeur probante de l'expertise rhumatologique, malgré certaines critiques. En revanche, elle nie une valeur probante entière à l'expertise psychiatrique. Cela étant, ces deux rapports d'expertise étudient de manière fouillée les points litigieux importants, se fondent sur des examens complets, prennent également en considération les plaintes exprimées, sont établis en pleine connaissance du dossier (anamnèse), décrivent les interférences médicales et enfin émettent des conclusions bien motivées, ce qui permet à l'intimé et à la chambre de céans d'examiner le cas notamment à l'aune des critères standards énoncés plus haut. À cet égard, il importe peu que le rapport de l'expert psychiatre mentionne une consommation modérée d'alcool, alors que l'assurée admet une faible consommation. Le fait que, comme cela sera vu ci-après, lesdits rapports d'expertise contiennent certaines imprécisions, voire contradictions internes, ne suffit pas à remettre en cause leur valeur probante de principe, mais pourra le cas échéant justifier de s'écarter de certains éléments de leur contenu. Par ailleurs, l'assurée ne se prévaut pas de rapport de médecins autres que les experts rhumatologue et psychiatre qui iraient à l'encontre des conclusions de ces deux derniers. En outre, ne ressortent pas du dossier des constatations et/ou conclusions des médecins traitants, en particulier des Drs D\_\_\_\_\_, G\_\_\_\_\_ et

A/3258/2019 - 24/31 - H\_\_\_\_\_, qui seraient de nature à remettre en cause celles des experts, y compris quant aux limitations fonctionnelles. L'examen ci-après sera dès lors fondé essentiellement sur les expertises rhumatologique et psychiatrique. c. Au plan somatique, est posé par l'experte rhumatologue le diagnostic, « avec répercussion sur la capacité de travail », de fibromyalgie sévère avec retentissement important sur les activités de la vie quotidienne, diagnostic qui n'est pas remis en cause par les parties. La fibromyalgie peut se définir comme une affection rhumatismale reconnue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS ; M79.0 de la CIM-10), caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo-articulaire et s'accompagnant généralement d'une constellation de perturbations essentiellement subjectives (telles que fatigue, troubles du sommeil, sentiment de détresse, céphalées, manifestations digestives et urinaires d'allure fonctionnelle) ; les critères diagnostiques, établis pour la première fois par l'American Rheumatism Association, sont la combinaison d'une douleur généralisée intéressant l'axe du corps, les hémicorps droit et gauche, à la fois au-dessus et en dessous de la taille, durant au moins trois mois, ainsi que des douleurs à la palpation d'au moins onze points douloureux (ATF 132 V 65 c. 3.2). La fibromyalgie sévère est le seul diagnostic qui a été posé par les experts et les médecins ayant examiné la recourante, comme ayant une répercussion sur la capacité de travail de celle-ci, étant précisé que les rapports des Drs E\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ ne mentionnent pas un tel diagnostic. L'épisode dépressif moyen a quant à lui occasionné une incapacité de travail du 6 avril 2017 jusqu'à une date indéterminée mais en tout état de cause antérieure à fin août 2018, selon le psychiatre traitant, mais ce trouble psychique n'a pas persisté après les traitements et ne peut donc pas être une cause d'une incapacité de gain (art. 7 al. 1 LPGA) ; l'intéressée ne s'en prévaut du reste pas. Par ailleurs, aucun médecin

traitant n'a mis en cause les conclusions des experts rhumatologue et psychiatre relativement à la capacité de travail de l'assurée. Ainsi, ce sont les rapports respectifs de ces deux experts qu'il conviendra ci-après de confronter entre eux, dans le cadre de l'appréciation des données médicales, et avec prise en considération des indicateurs standards développés par la jurisprudence pour les troubles somatoformes douloureux et applicables aussi à la fibromyalgie. L'experte rhumatologue a retenu une incapacité de travail de 50 %, par rapport au taux d'activité habituel de 50 %, depuis avril 2017, mais une capacité de travail entière (également par rapport au taux d'activité habituel de 50 %), sans baisse de rendement, trois mois après l'établissement de la présente expertise rhumatologique, donc dès le 21 février 2019, dans l'hypothèse où ses propositions thérapeutiques, à savoir l'introduction d'un traitement de Cymbalta (un

A/3258/2019 - 25/31 - antidépresseur) et/ou Lyrica (un antiépileptique) par le psychiatre traitant, étaient suivies. d. Au plan psychique, est diagnostiquée par l'expert psychiatre une modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique (F62.1), à laquelle s'ajoutent des traits paranoïaques, selon lui sans effet invalidant. Sous l'angle des conséquences sur la capacité de travail, ce diagnostic ne présente en réalité pas de différences significatives par rapport à celui de trouble de la personnalité paranoïaque (F60.0) posé par le CURML dans son rapport d'expertise du 2 mai 2016. Dans ces deux diagnostics en effet, il y a un trouble lié à la personnalité avec notamment des attitudes d'ordre paranoïaque. Au demeurant, le rapport d'expertise du CURML précité vise une toute autre problématique, soit celle de la situation des enfants, et ne saurait dès lors se voir reconnaître, pour ce motif déjà, la même portée que les rapports d'expertise des Drs L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_. Par ailleurs, de par sa définition contenue dans la CIM-10, une modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique doit persister au moins deux ans et être imputable à l'expérience traumatique d'une maladie psychiatrique sévère, et se caractérise par une dépendance et une attitude de demande excessives vis-à-vis des autres, par la conviction d'avoir été transformé ou marqué par la maladie au point de ne pas parvenir à établir ou maintenir des relations interpersonnelles étroites et confiantes et de s'isoler socialement, par une passivité, une perte des intérêts et un engagement moindre dans les activités de loisir, par des plaintes persistantes de se sentir souffrant, parfois associées à des plaintes hypocondriaques et à un comportement de malade, par une humeur dysphorique ou labile non due à un trouble mental actuel ni aux symptômes affectifs résiduels d'un trouble mental antérieur et par des problèmes à long terme du fonctionnement social et professionnel (F62.1). Ces caractéristiques, avec les traits paranoïaques, correspondent pour une grande part à la description qui est faite par la recourante de sa vie actuelle, et peuvent notamment, avec les traits paranoïaques, expliquer les problèmes d'ordre relationnel qu'elle a eus avec ses collègues, à tout le moins dès août 2017. Rien ne permet donc de douter de l'exactitude de ce dernier diagnostic. e. Comme considéré par l'expert psychiatre, ce diagnostic de modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique n'est ici pas invalidant en soi, mais il est de nature à affaiblir les ressources de l'intéressée. En l'occurrence, il induit bien un tel affaiblissement, avec plus précisément, comme retenu par le Dr M\_\_\_\_\_, la conviction d'avoir été transformée ou marquée par la maladie, une passivité, une réduction des intérêts et un moindre engagement dans les activités professionnelles et de loisirs auxquelles elle se livrait précédemment, des plaintes relatives à la santé (sentiment constant de souffrance), une humeur labile et une altération significative du fonctionnement social et professionnel. Il importe peu que cet expert psychiatre ait, dans le même chapitre « diagnostics », retenu l'absence d'une telle

altération, ce de manière contradictoire et incompréhensible.

A/3258/2019 - 26/31 - De son côté, l'experte rhumatologue considère que la fibromyalgie sévère a un retentissement important sur les activités de la vie quotidienne de l'expertisée, qui correspond à l'altération significative du fonctionnement social et professionnel retenue par l'expert psychiatre. Les conséquences de la fibromyalgie sévère et de la modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique conjuguées apparaissent être, pour l'assurée, un déconditionnement, notamment musculaire, important, dont l'incidence sur la capacité de travail ne saurait d'emblée être niée (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_809/2017 du 27 mars 2018 consid. 5.2 ; 9C\_141/2009 du 5 octobre 2009 consid. 2.3.1), le besoin de faire appel à ses enfants et parents pour de nombreuses tâches ménagères, des difficultés relationnelles avec ses collègues, de même que des limitations fonctionnelles de type découragement, sentiment d'incapacité avec évitement de la tâche, démotivation et indécision. Cependant, comme cela ressort des expertises rhumatologique et psychiatrique, le déconditionnement ne persisterait pas après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA), et les limitations fonctionnelles de type découragement, sentiment d'incapacité avec évitement de la tâche, démotivation et indécision peuvent être surmontées par un effort de volonté raisonnable (art. 7 al. 2 LPGA). À cet égard, comme relevé par la Dresse L\_\_\_\_\_, l'intéressée n'a, jusqu'à son examen par celle-ci, jamais bénéficié d'un traitement contre la fibromyalgie, et il n'apparaît pas qu'elle ait accepté de prendre un des médicaments préconisés par cette experte rhumatologue. En revanche, elle a, de manière relativement régulière, suivi une psychothérapie sans prise de médicaments. Le besoin de faire appel à ses enfants et parents pour de nombreuses tâches ménagères et les difficultés relationnelles avec les collègues ne sauraient, pas plus que le refus de prise de médicaments contre des affections psychiques pour cause de trouble lié à la personnalité et à des traits paranoïaques, être en soi et à eux seuls constitutifs d'une incapacité de travail. De surcroît, l'affaiblissement des ressources de la recourante apparaît, à tout le moins en partie, être compensé par son fort réseau familial (ses enfants et ses parents) ainsi que social (avec sa marraine et quelques bons amis), des repères bien structurés sur une journée type, la capacité à organiser la gestion des activités quotidiennes, tant s'agissant des activités familiales et de loisirs que des tâches ménagères, des sentiments de plaisir dans les loisirs. Enfin, selon l'experte rhumatologue, les plaintes de l'intéressée sont souvent incohérentes et émises pour la plupart en relation avec des événements anciens. En particulier, il y a incohérence dans le fait qu'elle a ramassé assez vite sa canne en se penchant profondément en avant sans plier les genoux, alors qu'elle se penchait très lentement pour le Schober, l'allégation de la recourante selon laquelle elle l'a rattrapée en se tenant à sa chaise n'y changeant rien. De plus, le fait qu'elle dorme

A/3258/2019 - 27/31 - en position ventrale rend peu crédibles ses plaintes afférentes aux lombaires et cervicales. L'expert psychiatre note quant à lui sa grande demande de reconnaissance de sa souffrance psychique et les divergences manifestes entre les éléments anamnestiques du dossier et les constatations cliniques lors de l'entretien (durant lequel l'expertisée n'a à aucun moment une position antalgique ou une attitude pour atténuer la douleur). Les deux experts considèrent comme vraisemblable une recherche de bénéfices secondaires qui influençait de manière négative l'état émotionnel. Comme autre incohérence, le fait que l'assurée invoque, dans son recours, une attitude visant à refuser toute médication psychothérapeutique, à chercher à éviter à tout prix un diagnostic psychiatrique et à s'évertuer pour ce faire à répondre par la négative à toutes les questions

de l'expert psychiatre (ce d'autant plus qu'elle serait convaincue que ses douleurs trouveraient leur origine dans ses troubles somatiques et les événements accidentels vécus), n'est pas compatible avec le fait qu'elle est suivie depuis le 6 juillet 2016 par son psychiatre traitant et se prévaut dans ses écritures de troubles psychiques, notamment ceux diagnostiqués dans les expertises du CURML. Par ailleurs, l'état de panique qui aurait été présent chez elle lors de l'entretien selon ses allégations et que l'expert psychiatre n'aurait pas détecté n'est pas décrit de manière précise, et il ne ressort pas non plus des circonstances. f. Vu ce qui précède, dans le cadre de l'examen des indicateurs standards, la fibromyalgie, ainsi que la comorbidité psychique que constitue la modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique, ne permettent pas de retenir un degré de gravité minimal inhérent au diagnostic justifiant une incapacité de travail et de gain au sens de la LPGA et de la LAI, ce d'autant moins que l'incapacité de travail telle que fixée par l'experte rhumatologue (50 %, par rapport au taux d'activité habituel de 50 %) disparaîtrait après la prise des médicaments préconisés durant trois mois (complexe « atteinte à la santé »). Le complexe « contexte social » est favorable et nuance ou compense dans une mesure importante le trouble lié à la personnalité avec des traits paranoïaques dont les effets consistent pour l'essentiel en des difficultés relationnelles avec les collègues et un refus de prendre des médicaments traitant des affections psychiques et sont donc limités (complexe « personnalité »). Dans la catégorie dite « cohérence », l'intéressée ne présente pas une « limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie », puisqu'elle est capable d'exécuter plusieurs tâches ménagères et d'avoir une vie familiale et sociale ainsi que des loisirs, comme la marche, qui lui procurent du plaisir, ce qui réduit le « poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation ». À cet égard, des « indices d'exagération ou de manifestations de ce genre ainsi que d'autres expressions d'un bénéfice secondaire de la maladie » résultent notamment d'une discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, de l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, de l'absence de

A/3258/2019 - 28/31 - demande de soins médicaux au plan psychiatrique à tout le moins, et de l'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial intact. Ainsi, l'assurée dispose encore de « ressources », certes diminuées mais demeurant non négligeables (complexe « personnalité » également). g. En définitive, l'analyse et l'appréciation de l'ensemble des indicateurs standards ne permettent pas de retenir une quelconque incapacité de travail et de gain de la recourante, en particulier dans son activité habituelle considérée comme adaptée par l'experte rhumatologue. On peut objectivement attendre de l'assurée qu'elle surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (art. 7 al. 2 LPGA ; ATF 135 V 215 consid. 7).

## **E. 11**

a. L'experte rhumatologue ne s'est pas prononcée sur la capacité de l'assurée dans l'accomplissement de ses tâches ménagères. L'expert psychiatre l'a en revanche fait en concluant à l'absence de limitations fonctionnelles du point de vue psychiatrique dans ces tâches. b. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré selon la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de

l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec les art. 27bis RAI et 16 LPGA). Ainsi, lorsqu'il y a lieu d'appliquer la méthode mixte d'évaluation, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_713/2007 du 8 août 2008 consid. 3.1 et 3.2). Conformément au ch. 1058 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), état depuis le 1er janvier 2018, l'office AI mène une enquête sur place (au domicile, dans le foyer, sur le lieu de travail, etc., de l'assuré), notamment lorsqu'il s'agit d'indépendants, d'agriculteurs ou d'agricultrices, d'assurés qui s'occupent du ménage, ainsi que pour déterminer le droit à des allocations pour impotent. Il peut renoncer à cette enquête lorsque la situation personnelle de l'assuré est déjà suffisamment connue et documentée dans le dossier. Pour cela, l'office AI utilise les formulaires conçus à cet effet. La mise en œuvre d'une enquête ménagère en cas de statut mixte n'est pas imposée par le droit fédéral (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 99/00 du 26 octobre 2000 consid. 3c, in VSI 2001 p. 155). Il n'y a pas lieu de procéder à un acte administratif qu'une appréciation anticipée des preuves désigne clairement comme inutile (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_103/2010 du 2 septembre 2010 ;

A/3258/2019 - 29/31 - ATAS/358/2018 du 25 avril 2018 consid. 11). Notamment, le Tribunal fédéral a considéré la mise en œuvre d'une enquête ménagère comme superflue et y a renoncé dans un cas où, en tout état de cause, il y aurait lieu de constater que la personne assurée ne subirait aucune perte de gain pour la part liée à l'exercice d'une activité lucrative et où, sur la base des constatations médicales et des allégations de la personne intéressée ainsi qu'au regard des pourcentages appliqués par l'AI pour chacune des activités liées à la tenue du ménage (CIIAI, ch. 3086 à l'époque, ch. 3087 actuellement), le taux d'empêchement de 80 %, requis au minimum pour un taux de 50 % dans les tâches ménagères et un taux légal d'invalidité minimal de 40% (art. 28 LAI), ne serait de loin pas atteint (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_130/2016 du 14 juin 2016 consid. 4.3.2). À teneur du ch. 3087 CIIAI, état depuis le 1er janvier 2018, en règle générale, on admettra que les travaux d'une personne non invalide qui s'occupe du ménage comportent les activités usuelles suivantes (auxquelles correspondent en l'occurrence celles sur lesquelles l'expert psychiatre s'est prononcé) : alimentation (préparer et cuire les aliments, servir les repas, nettoyer la cuisine au quotidien, faire des provisions ; ch. 1), entretien du logement ou de la maison (ranger, épousseter, passer l'aspirateur, entretenir les sols, nettoyer les installations sanitaires, changer les draps de lit, nettoyer en profondeur, soigner les plantes, le jardin, l'extérieur de la maison, sortir les déchets) et garde des animaux domestiques (ch. 2), achats (courses quotidiennes et achats plus importants) et courses diverses (poste, assurances, services officiels ; ch. 3), lessive et entretien des vêtements (laver, étendre et plier le linge, repasser, raccommoier, nettoyer les chaussures ; ch. 4), soins et assistance aux enfants et aux proches (ch. 5). c. Il ressort dans le cas présent des expertises rhumatologique et psychiatrique, non contestées sur ces points, que la recourante est en tout état de cause capable d'assumer elle-même, sans aide de tiers, les tâches relatives à l'alimentation sauf l'épluchage de certains légumes et peut-être le nettoyage de la cuisine (ch. 1), ainsi que les achats et courses diverses – bien qu'avec l'aide de son père – (ch. 3), mais pas les tâches d'entretien du logement (ch. 2) ni la lessive et l'entretien des vêtements (ch. 4). Pour la période considérée, commençant le 27 février 2017 (art. 29 al. 1 LAI), ses enfants sont ou étaient adolescents et ont ou avaient donc besoin de soins et assistance (ch. 5), et l'assurée

ne fait nullement valoir qu'elle ne serait pas en mesure de s'en occuper, les problèmes relevés dans les expertises du CURML ne concernant pas la vie quotidienne mais des aspects d'ordre plutôt psychologique et relationnel non pertinents ici. Il en découle que l'assurée est en mesure d'accomplir seule une grande partie des tâches ménagères.

L'assurée est aidée dans ses tâches ménagères par ses deux enfants, nés en 2001 et 2003, et ses parents, de sorte que l'on peut raisonnablement estimer l'exigibilité globale desdits quatre membres de la famille de la recourante à au moins 30 % (par analogie avec l'ATAS/358/2018 précité consid. 18, qui retient ce pourcentage pour l'aide du mari et de deux enfants majeurs). L'intéressée reste capable d'effectuer

A/3258/2019 - 30/31 - seule une partie des travaux ménagers, comme vu ci-dessus. Au vu de l'aide exigible et des capacités résiduelles de la recourante dans les tâches ménagères, on peut à l'évidence retenir que son incapacité dans ces activités ne saurait dépasser 50%, ce d'autant moins que l'expert psychiatre a exclu des limitations fonctionnelles dans ce cadre. Rapporté à la part de 50 % que représente son activité dans la sphère ménagère, le taux d'invalidité propre à cette dernière serait d'au maximum 25 % pour l'ensemble (activité professionnelle et activités ménagères), ce qui est en tout état de cause inférieur au taux d'invalidité minimal de 40 % requis par l'art. 28 LAI. Partant, une enquête ménagère n'est pas nécessaire, dès lors qu'il apparaît d'emblée qu'elle ne permettrait pas d'établir un taux d'invalidité ouvrant un droit à une rente d'invalidité (ATAS/358/2018 précité consid. 18 ; aussi arrêts du Tribunal fédéral 9C\_130/2016 et 9C\_103/2010 précités).

#### **E. 12**

Finalement, même dans l'hypothèse – maximale – d'une incapacité de travail de 50 % dans les tâches ménagères, le taux d'invalidité global de la recourante ne dépasserait pas 25 %, ce qui ne constituerait pas une aggravation intervenue depuis le 30 juin 2015 suffisante pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Dans ces conditions, une expertise judiciaire ou toutes autres mesures d'instruction complémentaires, voire un renvoi, en particulier au plan médical, n'apparaissent ni nécessaires ni utiles. Par conséquent, la décision querellée est bien fondée et le recours doit être rejeté.

#### **E. 13**

Vu cette issue et en application de l'art. 69 al. 1bis LAI, un émolument de CHF 200.- est mis à la charge de la recourante, laquelle n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario). \* \* \* \* \*

A/3258/2019 - 31/31 - 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.