

## **GE\_GERICHTE ATAS/361/2015 vom 19. Mai 2015**

GE Cour de justice, 2015-05-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_361\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_361_2015)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/361/2015 du 19 mai 2015

IT: GE\_GERICHTE ATAS/361/2015 del 19 maggio 2015

### **Erwägungen**

#### **E. 25**

Par projet de décision du 16 juillet 2012, l'OAI a refusé à l'assurée l'octroi d'une rente d'invalidité et d'un reclassement professionnel. Il ressort de ce projet que sur la foi des deux expertises médicales qu'il avait diligentées, l'OAI considérait que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle de femme de ménage, mais qu'elle était entière dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, avec une diminution de rendement de 15%. L'OAI y a ajouté une réduction supplémentaire de 20%, fondée sur les facteurs suivants : - limitations fonctionnelles ; - activité légère seule possible ; - âge ; - années de service ; - nationalité et permis. Se référant à l'enquête économique sur le ménage effectuée le 25 juin 2012, l'OAI a estimé que l'assurée pouvait exercer toute activité lucrative à temps complet qui ne nécessitait pas de formation complémentaire et que de ce fait, une mesure de reclassement professionnel n'était pas indiquée. Considérant que l'assurée présentait une invalidité de 43% dans la part consacrée à son activité d'employée d'entretien (57%) et de 24.42% dans celle dédiée aux travaux habituels (tenue du ménage ; 43%), l'OAI a obtenu des degrés d'invalidité s'élevant à 24.51%, respectivement 10.5% (35,01% au total). Dès lors que l'assurée présentait un degré d'invalidité inférieur à 40%, elle ne pouvait prétendre à l'octroi d'une rente.

#### **E. 26**

Par courrier du 24 août 2012, l'assurée a contesté le projet de décision du 16 juillet 2012, faisant valoir que le taux d'activité de 57% était erroné puisque c'était sur ordre médical qu'elle avait mis fin à son activité professionnelle auprès de B\_\_\_\_\_ SA en février 2009. Elle a précisé que depuis lors, cette entreprise lui avait versé

A/3437/2012 - 7/32 - des indemnités journalières jusqu'à la fin de son contrat de travail au 31 décembre 2009 et que par la suite, elle avait perçues celles-ci directement de la ZURICH. Cette assurance lui avait toutefois annoncé la fin du versement des indemnités journalières au 12 février 2011.

#### **E. 27**

Par décision du 16 octobre 2012, l'OAI a confirmé son projet de décision du 16 juillet 2012, faisant valoir que la méthode d'évaluation de l'invalidité était déterminée en fonction de l'activité qu'exercerait la personne assurée en l'absence d'atteinte à la santé et que le droit à la rente était examiné une année après le début de l'incapacité de travail. Sur la base des éléments du dossier, l'OAI a considéré que l'assurée travaillait à temps partiel depuis de nombreuses années et qu'au début de son atteinte à la santé, son taux d'occupation était d'environ 23 heures par semaine. L'OAI s'est appuyé également sur les déclarations de l'assurée à l'enquêtrice, aux termes desquelles elle aurait continué à travailler comme avant, sans atteinte à la santé. Au bénéfice de ces explications, l'OAI a déclaré confirmer le choix

de la méthode de calcul (mixte) ainsi que le taux d'occupation retenus lors du début du droit à la rente. Il a précisé que la date à partir de laquelle l'assurée avait été mise en arrêt de travail correspondait à celle qu'il avait retenue (février 2009).

#### **E. 28**

Par courrier du 3 novembre 2012 adressé au conseil de l'assurée, Mme K\_\_\_\_\_, épouse de M. K\_\_\_\_\_, a attesté que l'assurée était employée à leur service depuis plusieurs années en qualité de femme de ménage à raison de quatre heures par semaine pour un salaire mensuel de CHF 500.-. Mme K\_\_\_\_\_ précisait avoir constaté un net affaiblissement des capacités de l'assurée en raison de son atteinte à la santé et que depuis janvier 2010, des raisons humanitaires l'avaient conduite, elle et son mari, à garder l'assurée à leur service pour des tâches légères en attendant une décision de l'AI.

#### **E. 29**

Par courrier du 5 novembre 2012 adressé au conseil de l'assurée, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué qu'en raison de sa maladie chronique évolutive, l'assurée présentait une capacité de travail de 0% dans son activité de femme de ménage ou dans toute autre activité.

#### **E. 30**

Par acte du 15 novembre 2012, l'assurée a saisi la chambre de céans d'un recours contre la décision du 16 octobre 2012, concluant, sous suite de dépens, à la constatation d'une invalidité permanente à 100%, à l'octroi d'une rente AI pleine et entière à partir du 1er juillet 2009 et au renvoi du dossier auprès de l'OAI pour que ce dernier calcule le montant de la rente qui devrait lui être versée. À l'appui de ses conclusions, elle a invoqué une constatation inexacte des faits pertinents. La décision du 16 octobre 2012 était entachée d'arbitraire en tant qu'elle se fondait sur un taux d'activité incorrect, ne tenait pas compte de l'avis de ses

A/3437/2012 - 8/32 - médecins traitants et d'une partie de l'expertise du Dr I\_\_\_\_\_, déterminait incorrectement son statut et comportait au surplus des erreurs de calcul. La recourante a allégué en substance qu'elle présentait une incapacité de travail de 50% depuis le 5 juin 1999 en raison de douleurs ostéoarticulaires, précisant qu'elle aurait continué à travailler à 100% si elle avait été en bonne santé. Selon le rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 30 mai 2000 en effet, l'essai d'une reprise à 100% avait dû être abandonné en raison d'une aggravation des symptômes. L'intéressée a également fait valoir que si la sclérose en plaques n'avait été diagnostiquée qu'en octobre 2008, il n'en demeurerait pas moins que dite maladie l'empêchait déjà de travailler à 100% avant le 13 février 2009. Partant, ce n'est pas la méthode mixte, mais la méthode de comparaison des revenus qui aurait dû être appliquée. En ne retenant pas un degré d'invalidité de 100% en application de cette dernière méthode, l'intimé avait manifestement violé le droit fédéral.

#### **E. 31**

Par réponse du 13 décembre 2012, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée dans son résultat. Il a fait valoir qu'il avait déjà refusé le droit à des prestations d'invalidité par le passé, soit par décision du 5 janvier 2004 confirmée par le Tribunal cantonal des assurances sociales dans un arrêt du 7 décembre 2004 (ATAS/1023/2004), au motif qu'elle ne présentait aucune atteinte à la santé susceptible d'entraîner une incapacité de travail. Ainsi, la réduction du taux d'activité à partir de 1999 n'était pas due à des raisons de santé. C'était donc à bon droit qu'il avait retenu, dans la

décision querellée, que sans atteinte à la santé, la recourante aurait continué à exercer une activité lucrative dans les mêmes proportions que précédemment, soit à un taux de l'ordre de 57%. Aux yeux de l'intimé, cela justifiait que l'invalidité de l'intéressée fût évaluée en application de la méthode mixte. S'agissant de la capacité de travail exigible dans une activité adaptée, sa position se fondait à la fois sur l'expertise pluridisciplinaire du 14 juillet 2010 effectuée au CEMED, l'expertise neurologique réalisée le 18 avril 2011 par le Dr I\_\_\_\_\_ ainsi que l'expertise psychiatrique du Dr J\_\_\_\_\_ datée du 4 février 2012. C'était donc à juste titre qu'il avait évalué le degré d'invalidité en tenant compte d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, pondérée par une diminution de rendement de 15%. Quant au revenu avec invalidité, l'intimé a admis que le montant de CHF 15'624.10 était erroné, précisant qu'il y avait lieu de se fonder sur l'ESS 2010. En se fondant sur cette référence statistique, une femme travaillant dans une activité de niveau 4 (activités simples et répétitives) pouvait réaliser un revenu annuel brut de CHF 52'728.-. En revanche, le revenu sans invalidité avait été correctement fixé à CHF 27'438.- dans la décision querellée. En tenant compte d'une baisse de rendement de 15% et d'un abattement supplémentaire de 20%, le revenu d'invalidité déterminant s'élevait dès lors à CHF 35'855.- pour un plein temps, respectivement à CHF 20'437.- pour une activité exercée à 57%.

A/3437/2012 - 9/32 - Reprenant pour le surplus les résultats de l'enquête ménagère du 25 juin 2012, l'intimé a considéré que le degré d'invalidité de la recourante s'établissait dès lors à 25% : Activité partielle Part Empêchement Degré d'invalidité Sphère lucrative 57% 25% 14,35% Ménage 43% 24% 10,32% Degré d'invalidité

25% Étant donné qu'un degré d'invalidité de 25% était insuffisant pour ouvrir un droit à une rente, la décision attaquée devait être confirmée dans son résultat.

### **E. 32**

Par réplique du 28 janvier 2013, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle n'avait pas choisi de travailler à temps partiel pour un taux de 57%, mais avait été contrainte d'interrompre son activité auprès de C\_\_\_\_\_ Services SA en juin 1999 en raison de douleurs ostéoarticulaires, tout en conservant son activité à raison de 50% auprès de B\_\_\_\_\_ SA. En conséquence, les critiques émises à l'encontre du choix de la méthode mixte restaient d'actualité. En outre, ce n'était pas l'OAI, mais l'assurance perte de gain qui avait demandé une expertise multidisciplinaire au CEMED. Quant aux expertises des Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_, elles ne tenaient manifestement pas compte des objections émises par le Dr E\_\_\_\_\_, ce dernier ayant clairement indiqué qu'il était impossible de déterminer la capacité de travail et l'état de santé d'une personne atteinte de sclérose en plaques après un seul examen (cf. pièce 7 recourante). Pour le surplus, on pouvait reprocher à l'ensemble des experts – à l'exception du Dr J\_\_\_\_\_ – de ne pas s'être attachés les services d'un interprète de langue portugaise. Enfin, l'intimé n'avait pas tenu compte de l'avis des deux médecins traitants de la recourante et de la totalité du raisonnement de l'expert I\_\_\_\_\_. Pour ces raisons, la décision entreprise était arbitraire dans ses motifs et dans son résultat. Partant, elle devait être annulée.

### **E. 33**

Entendu à l'audience d'enquêtes du 23 avril 2013, le Dr E\_\_\_\_\_ a déclaré que la recourante souffrait d'une sclérose en plaques de type poussées-rémissions, entraînant une capacité de travail oscillant entre 0% et 50% dans une activité adaptée. Ainsi, durant les périodes où elle souffrait de tous les symptômes (grande fatigue, brûlures, insensibilité,

fourmillements et troubles de l'équilibre), elle était totalement incapable de travailler. Le Dr E\_\_\_\_\_ a précisé qu'il n'était pas en mesure d'indiquer la durée des périodes de totale incapacité, mais que la maladie avait été très active de 2008 à 2010, période durant laquelle la recourante avait présenté une capacité de travail moyenne de 10%. Entre 2010 et 2012, il y avait eu

A/3437/2012 - 10/32 - une rémission, en ce sens qu'une des lésions avait régressé alors que les autres étaient toujours présentes et que l'IRM n'en avait pas révélé de nouvelles. Durant cette période, la capacité de travail moyenne de l'assurée s'élevait à 25%. Pour le surplus, le Dr E\_\_\_\_\_ a confirmé que les plaintes neurologiques étaient objectivées par la sclérose en plaques et qu'il était difficile pour un expert de se faire un avis sur une seule consultation, la recourante pouvant être plus ou moins symptomatique au moment de son examen. Ainsi, plusieurs consultations étaient nécessaires pour procéder à une appréciation objective du cas. Selon les fluctuations de cette maladie, une capacité de travail de 50% était envisageable d'un point de vue neurologique. Toutefois, associée à une fibromyalgie et à un état dépressif, la capacité de travail était moindre. Compte tenu de l'ensemble des symptômes, l'assurée pouvait effectuer un travail tranquille, en position assise et sans port de charges, par exemple comme réceptionniste, et cela dans une fourchette de 10 à 50%. Dès octobre 2008, la maladie était certaine et confirmée par l'IRM. Ainsi, l'incapacité de travail corrélative remontait avec certitude à cette date. En revanche, il était impossible de dater de manière certaine le début de la maladie, qui se situait vraisemblablement en 2006.

#### **E. 34**

Donnant suite à un courrier qui lui avait été adressé le 26 avril 2013 par la chambre de céans, le Dr D\_\_\_\_\_ a répondu le 30 avril 2013 que la recourante souffrait d'une sclérose en plaques, ajoutant qu'il avait posé à tort le diagnostic de fibromyalgie en 2000, un tel diagnostic ne pouvant être retenu qu'en l'absence de toute autre maladie pouvant expliquer les douleurs présentées. Évoquant les plaintes actuelles de la recourante, le Dr D\_\_\_\_\_ a fait état de cervico-brachialgies droites sur une hernie discale C6-C7 et de lombosciatalgies bilatérales sur un canal lombaire rétréci par une arthrose des massifs articulaires postérieurs. Il a ajouté que la capacité de travail en lien avec la sclérose en plaques, les cervico-brachialgies droites et les lombosciatalgies bilatérales était de 0% dans toutes les professions, ce depuis octobre 2008, date du diagnostic de la sclérose en plaques.

#### **E. 35**

Le 8 octobre 2013, la chambre de céans a rendu une ordonnance d'expertise rhumatologique, neurologique et psychiatrique et commis à ces fins les Drs L\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_, respectivement rhumatologue FMH, neurologue FMH et psychiatre-psychothérapeute FMH.

#### **E. 36**

Après examen du dossier, rappel de l'anamnèse, examens cliniques et entretiens avec la recourante les 19 février et 12 mars 2014 (Dr N\_\_\_\_\_), 16 mai 2014 (Dr L\_\_\_\_\_ ) et 13 juin 2014 (Dr M\_\_\_\_\_), les experts ont tenu un consilium le 22 janvier 2015 et rendu leur rapport le 29 janvier 2015. Sur le plan rhumatologique, le Dr L\_\_\_\_\_ a relevé que la recourante ne présentait pas, le jour de l'expertise, d'éléments compatibles avec un tableau clinique de

A/3437/2012 - 11/32 - fibromyalgie. Elle se plaignait principalement d'une fatigue générale avec faiblesse surtout localisée dans les membres inférieurs. S'agissant des plaintes rachidiennes, l'expert les attribuait à des atteintes dégénératives modérées ; il n'avait pu constater cliniquement d'atteinte neurologique liée aux protrusions discales, tant au niveau cervical que lombaire. Ces atteintes rachidiennes, qui participaient aux douleurs décrites par la recourante, généraient très probablement un handicap algo- fonctionnel qui ne lui permettait pas d'exercer une profession nécessitant des efforts, tels que ceux exigés d'une nettoyeuse. Il existait toutefois une faiblesse des muscles fessiers et des membres inférieurs probablement en rapport avec la sclérose en plaques. Fort de ces éléments, le Dr L\_\_\_\_\_ a considéré que d'un point de vue strictement rhumatologique, la recourante ne pouvait plus assumer son activité habituelle de nettoyeuse, mais que sa capacité restait entière dans une activité adaptée ne nécessitant pas d'efforts physiques réguliers, c'est-à-dire exempte de port de charges de plus de 5 kg, de mouvements répétés de flexion du rachis et de travaux en hauteur. Le Dr L\_\_\_\_\_ a toutefois réservé les critères d'appréciation neurologiques et psychiatriques. Sur le plan neurologique, le Dr M\_\_\_\_\_ a estimé que la recourante présentait de façon indiscutable une sclérose en plaques depuis 2008, confirmée par différentes investigations effectuées par le Dr E\_\_\_\_\_. Le 13 juin 2014, l'examen neurologique avait mis en évidence des troubles de la sensibilité profondes aux membres inférieurs, de douleurs d'ordre neuropathique, ainsi qu'une discrète paraparésie spastique bilatérale prédominant légèrement à droite. Du point de vue neuroradiologique, il existait de nombreuses hyperintensités de la substance blanche, tant au niveau cérébral qu'au niveau médullaire, cervical, dorsal et lombaire. Les traitements entrepris, à savoir deux corticothérapies fortement dosées par Médrol intraveineux, avaient amené une amélioration de ces tableaux avec estompement des hyperintensités au niveau médullaire. Seules certaines séquences spéciales permettaient de mettre en évidence la persistance de « cicatrices ». Sur les derniers clichés effectués en 2012, on notait le développement d'une atrophie médullaire siégeant au niveau dorsal avant tout. De ce fait, le tableau clinique actuel était hautement compatible avec une sclérose en plaques à prédominance médullaire, probablement secondairement progressive, à en juger par les plaintes de la recourante. En effet, celle-ci faisait état, outre de troubles sensitifs, d'une sensation de faiblesse des membres inférieurs augmentant progressivement, élément corroboré par les données neuroradiologiques. Le Dr M\_\_\_\_\_ a estimé que la thérapie instaurée par le Dr E\_\_\_\_\_ lui semblait tout à fait adéquate. Toutefois, dans ce contexte, l'expert ne pensait pas que l'on pût envisager une activité professionnelle soutenue continue. Pour le reste, la recourante présentait des rachialgies diffuses dont une partie de la symptomatologie avait pu être reproduite avec la palpation de contractures musculaires douloureuses. L'ensemble de ces symptômes s'intégrait dans le cadre d'un état de stress et de

A/3437/2012 - 12/32 - fatigue, inhérent d'une part à sa maladie actuelle, d'autre part aux craintes liées à son avenir (y compris celui de son mari, atteint d'une tumeur cérébrale). Sur la base de ces éléments, le Dr M\_\_\_\_\_ a conclu que d'un point de vue neurologique, la capacité de travail de la recourante était nulle au moment du diagnostic, c'est-à-dire en octobre 2008. Sur le plan psychiatrique, le Dr N\_\_\_\_\_ a relevé que la recourante présentait actuellement une symptomatologie dépressive légère, caractérisée par une altération de l'humeur, qui était à dominante triste et accablée, mais qui demeurait réactive à des moments agréables. Constatant que cet état, d'une part, était susceptible de fluctuations en fonction de l'intensité des douleurs et de l'évolution de la sclérose en plaques et, d'autre part, n'avait jamais fait l'objet d'un traitement médicamenteux, l'expert a considéré qu'un

antidépresseur à visée antalgique pouvait s'avérer utile, pour autant qu'il ne provoquât pas d'interactions avec les nombreux médicaments pris par l'intéressée. Même si l'anxiété, rapportée par la recourante, était perceptible durant les entretiens, il n'y avait pas d'éléments cliniques ou anamnestiques suggérant l'existence d'un trouble anxieux spécifique. S'il est vrai que des traits de personnalité dépendante avaient pu être mis en évidence, ces derniers ne constituaient pas un trouble de la personnalité sévère et invalidant, de sorte qu'ils n'avaient pas d'impact sur la vie professionnelle de l'intéressée. En conclusion, l'expert psychiatre a considéré que les troubles psychiatriques diagnostiqués n'affectaient pas la capacité de travail, mais amplifiaient et aggravaient les limitations dues aux troubles physiques. Après avoir retenu les diagnostics de cervico-lombalgies non spécifiques, de sclérose en plaques et d'épisode dépressif léger (F32.0) d'un point de vue rhumatologique, respectivement neurologique et psychiatrique, les experts ont répondu aux questions se rapportant aux troubles somatiques. Du point de vue rhumatologique, la recourante présentait des rachialgies cervico-lombaires non spécifiques depuis 1999. Sur le plan neurologique, il était indiscutable que la recourante présentait un syndrome cordonal postérieur avec un niveau sensitif à environ D10. Ceci était corroboré par l'existence d'une hypoalleshésie ainsi que des paresthésies-dysthésies intéressant ces territoires. Par ailleurs, l'examen avait mis en évidence une discrète paraparésie spastique prédominant à droite, présente depuis 2008 selon le dossier. La recourante souffrait également de douleurs musculo-squelettiques se manifestant par un tableau de contractures musculaires douloureuses diffuses. La palpation de celles-ci, notamment au niveau de la ceinture scapulaire, avait permis la reproduction de certaines plaintes entrant dans ce contexte. Ceci semblait s'intégrer dans le cadre d'un état de stress inhérent aux préoccupations concernant

A/3437/2012 - 13/32 - sa maladie et l'état de santé de son mari. Il convenait de noter également l'absence d'évidence clairement évocatrice d'une affection inflammatoire systémique ou d'éléments suggérant une surcharge ou une majoration. Selon les experts, il n'y avait au jour de l'expertise aucun élément anamnestique ou clinique permettant d'affirmer que la recourante était atteinte de fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux. Interrogés sur l'objectivation des plaintes, les experts ont répondu que du point de vue rhumatologique, les plaintes étaient compatibles avec des rachialgies cervico-lombaires non spécifiques. Celles-ci n'avaient aucune conséquence neurologique et étaient donc distinctes. Du point de vue neurologique, la recourante présentait une faiblesse des muscles fessiers et des membres inférieurs très probablement liée à son atteinte neurologique ainsi que des douleurs inhérentes à un tableau de contractures musculaires diffuses, non spécifiques, et des douleurs neuropathiques d'un niveau se situant à environ D10. Évoquant les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic, les experts ont indiqué que celles-ci, d'un point de vue strictement rhumatologique, étaient liées au handicap algo-fonctionnel dû aux éléments dégénératifs qui limitaient les capacités fonctionnelles, notamment dans une activité nécessitant des gestes répétés sollicitant le rachis (passer l'aspirateur, la serpillère, porter des charges de plus de 5 kg) ou requérant de l'endurance, ceci étant le cas pour l'activité de nettoyeuse. Quant aux limitations fonctionnelles existant du point de vue neurologique, elles étaient inhérentes à l'affection neurologique. La recourante présentait en effet une paraparésie spastique discrète, ainsi que des troubles de la sensibilité intéressant les deux membres inférieurs. Il s'y associait une fatigue inhérente à l'affection inflammatoire. De ce fait, le Dr M\_\_\_\_\_ pensait qu'il existait là une limitation importante pour l'intéressée dans les activités professionnelles soutenues et continues. Par ailleurs, la recourante alléguait une lente aggravation de son état

faisant suspecter l'existence d'une forme secondairement progressive. Ceci était corroboré par la mise en évidence d'une atrophie médullaire siégeant au niveau D4- D6, parfaitement visualisée dans les IRM de 2012. Pour ce motif, l'expert ne pensait pas qu'une activité professionnelle soutenue et continue fût envisageable. Une activité même adaptée lui semblait difficile à envisager compte tenu de ces éléments. Interrogés sur le traitement et la compliance, les experts ont répondu que sur le plan rhumatologique, le traitement semblait optimal, mais que son effet était certainement conditionné par l'aspect neurologique et psychiatrique du problème présenté par la recourante. Du point de vue neurologique, la compliance était bonne. Même s'il n'existait pas de thérapie dirigée sur cette forme spécifique que constitue la sclérose en plaques secondairement progressive, il convenait de maintenir l'Avonex® puisque la recourante avait développé depuis 2008, une voire

A/3437/2012 - 14/32 - deux poussées certaines qui avaient répondu à une corticothérapie. Cette réponse avait été confirmée par les données neuroradiologiques examinées dans le cadre de l'expertise. Évoquant la répercussion des troubles sur la capacité de travail, les experts ont répondu que du point de vue rhumatologique, on pouvait estimer que les troubles avaient eu une répercussion sur la capacité de travail de la recourante comme nettoyeuse depuis l'année 1999, avec un probable tableau clinique de fibromyalgie, qui permettait d'exercer une activité professionnelle à 100% dans une profession adaptée. Sur le plan neurologique, il était certain que l'affection inflammatoire était survenue pour la première fois en 2008 et qu'elle avait motivé différentes investigations ayant abouti à la mise en évidence d'une sclérose en plaques. À partir de cette date, il existait une incapacité de travail totale. Sur le plan psychique, la recourante souffrait d'une symptomatologie dépressive, présente depuis l'apparition du syndrome douloureux (attribué d'abord à une fibromyalgie) en 1999-2000, d'intensité fluctuante et diversement appréciée, selon les périodes, par les médecins traitants et les experts. Le trouble de l'humeur avait en effet été caractérisé tantôt comme un épisode dépressif moyen, tantôt comme une dysthymie. Le Dr N\_\_\_\_\_ a ajouté que l'état dépressif actuel était d'un degré de gravité léger (faible), précisant que ce trouble psychique avait valeur de maladie selon la CIM-10, mais qu'il n'entraînait en soi que des limitations fonctionnelles mineures. Celles-ci étaient liées à la fatigue, à la baisse de l'énergie et de l'élan vital ainsi qu'aux troubles cognitifs (mis en évidence lors de l'examen neuropsychologique, mais discrets dans le cadre de l'examen clinique psychiatrique). Interrogé sur le traitement et la compliance, l'expert psychiatre a rappelé que la recourante ne prenait pas de médication destinée à traiter spécifiquement le trouble de l'humeur, ajoutant que les états dépressifs d'un degré de gravité léger n'étaient pas nécessairement traités par l'administration d'un antidépresseur. Il a également rappelé qu'un antidépresseur à visée antalgique pouvait se révéler bénéfique, à la condition de ne pas interagir d'une manière défavorable avec les traitements médicamenteux déjà administrés. L'expert psychiatre a ajouté que le trouble thymique n'avait pas de répercussion propre sur la capacité de travail et que dans la mesure où le diagnostic de fibromyalgie n'était pas retenu, les questions se rapportant à ce diagnostic étaient sans objet. Questionnés au sujet d'une éventuelle divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, les experts ont répondu que d'un point de vue rhumatologique, il n'y avait pas eu durant l'examen clinique de comportement permettant d'objectiver des plaintes douloureuses sans rapport avec les données de

A/3437/2012 - 15/32 - l'anamnèse, ni de plaintes très démonstratives. Sur le plan neurologique, il convenait de souligner que la recourante était « très fruste » et que ce n'est

qu'en discutant longuement avec elle et en lui donnant la possibilité de s'exprimer qu'il était apparu qu'elle présentait différents types de douleurs, celles des membres inférieurs inhérentes aux lésions médullaires étant totalement différentes de celles qui étaient dues à des tensions musculaires. Toutefois, ces dernières n'entraient pas dans le cadre d'une fibromyalgie. Le Dr M\_\_\_\_\_ a ajouté que de ce point de vue, ses réflexions rejoignaient celles du Dr L\_\_\_\_\_. Invités à donner une appréciation consensuelle sur l'ensemble des troubles, les trois experts se sont déterminés comme suit : - sur le plan des limitations fonctionnelles, les aspects neurologique et rhumatologique devaient être ici associés : En effet, la recourante présentait des limitations fonctionnelles inhérentes à une paraparésie d'installation progressive et s'aggravant lentement dans le cadre d'une forme de sclérose en plaques secondairement progressive, ainsi que des douleurs musculaires secondaires à un état de stress, mais aussi à des troubles dégénératifs rachidiens. De ce fait, les experts ne pensaient pas qu'une activité professionnelle soutenue, continue, fût envisageable. Du point de vue psychiatrique, les limitations étaient mineures. Elles pouvaient cependant amplifier les limitations fonctionnelles liées aux troubles neurologiques et rhumatologiques, du fait notamment de la baisse de l'énergie et de l'élan vital ; - actuellement, les experts considéraient que la recourante présentait une incapacité de travail totale en raison de ses affections neurologiques et rhumatologiques ; - l'incapacité de travail totale était certaine à partir de 2008, date de la mise en évidence de l'affection neurologique. Celle-ci s'était manifestée par une paraparésie et des troubles cordonaux postérieurs inhérents aux phénomènes inflammatoires médullaires constatés par neuroradiologie. Dès cette date, les experts disaient abonder dans le sens des médecins traitants, à savoir qu'il existait une incapacité de travail totale, notamment dès la mise en évidence d'une sclérose en plaques symptomatique, contrairement aux évaluations antérieures effectuées par les Dr G\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ ; - quant à l'évolution de l'état de santé et du taux d'incapacité de travail depuis janvier 2004, on pouvait considérer que la recourante avait présenté une fibromyalgie depuis 1999, avec une incapacité de travail réduite dans son activité de nettoyeuse. En 2008, son état de santé s'était aggravé avec le développement de symptômes et de signes compatibles avec le diagnostic de sclérose en plaques. Ceux-ci étaient à l'origine d'une incapacité de travail totale dès la date du diagnostic ;

A/3437/2012 - 16/32 - - en raison de son affection neurologique et des répercussions fonctionnelles de l'atteinte rhumatologique, la recourante ne disposait plus d'une capacité de travail résiduelle même dans une activité adaptée. De plus, le trouble de l'humeur réduisait sa capacité à s'adapter à un nouvel environnement professionnel ; - la reprise d'une activité lucrative n'était pas exigible et les ressources de la recourante ne lui permettraient pas d'avoir une activité à 50%.

Compte tenu de l'affection neurologique et de son caractère secondairement progressif, et en prenant également en compte l'atteinte rhumatologique, les experts ont estimé qu'une réadaptation professionnelle semblait illusoire et vouée à l'échec. De plus, l'état dépressif et les troubles cognitifs révélés par l'examen neuropsychologique pratiqué en avril 2011 (cf. le rapport d'expertise du Dr I\_\_\_\_\_) étaient de nature à compromettre la réussite d'une réadaptation, qui exigeait des capacités d'apprentissage et d'adaptation que la recourante ne possédait pas.

Interrogés sur la capacité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales, les experts ont estimé que la recourante bénéficiait actuellement d'un traitement pour la sclérose en plaques qui s'était révélé efficace, comme en témoignaient les données

neuroradiologiques. Toutefois, il existait une lente aggravation de l'état de l'intéressée, comme en attestait le développement d'une atrophie médullaire. Ceci s'intégrait dans le cadre d'une forme secondairement progressive qui, en l'état actuel des connaissances, n'était pas accessible à la thérapie. Quant à l'affection rhumatologique, les différents traitements entrepris n'avaient pas amené l'effet escompté et il était illusoire d'attendre une amélioration par quelque traitement que ce fût.

Invités à commenter et discuter, d'une part, les avis médicaux du SMR et des experts F\_\_\_\_\_, G\_\_\_\_\_, H\_\_\_\_\_, I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ et d'autre part, les avis des médecins traitants, soit les Drs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, la question des diagnostics, des limitations et de la capacité de travail de la recourante, les experts ont estimé qu'il était très difficile de commenter les réflexions des Drs G\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ dans la mesure où ils considéraient que l'examen neurologique de la recourante était totalement normal en mai 2010 et avril 2011. Toutefois, le Dr M\_\_\_\_\_ avait constaté, au jour de l'expertise, l'existence de troubles de la sensibilité profonde, corroborant les plaintes de la recourante en 2008 de même que l'existence d'une paraparésie spastique, modérée il est vrai, mais présente de façon indubitable, avec une bonne corrélation radioclinique.

Après discussion entre les trois experts, le consensus suivant s'était dégagé :

A/3437/2012 - 17/32 - - le diagnostic de fibromyalgie et de douleurs cervico-lombaires non spécifiques devait être retenu depuis 1999. Ces diagnostics engendraient une incapacité de travail totale dans une activité professionnelle nécessitant des efforts ; - à partir de 2008, on ne pouvait plus retenir le diagnostic de fibromyalgie, puisqu'il était indubitable que la recourante avait présenté des symptômes et des signes compatibles avec une atteinte neurologique de type sclérose en plaques, attestés à cette époque par le Dr E\_\_\_\_\_, neurologue, et le Dr D\_\_\_\_\_, rhumatologue ; - sur le plan psychiatrique, le trouble de l'humeur semblait plutôt stable. Les experts intervenus précédemment – les Drs F\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ – avaient posé le diagnostic de dysthymie. Toutefois, le tableau clinique actuel remplissait les critères d'un épisode dépressif léger. Cette distinction, qui témoignait vraisemblablement des fluctuations symptomatiques du trouble thymique – de nature chronique – n'était toutefois pas essentielle car elle ne se répercutait pas de manière significative sur les limitations fonctionnelles et l'incapacité de travail. Sur ce point, les experts étaient d'accord avec les Drs F\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_. Comme eux, ils considéraient que le trouble de l'humeur n'avait pas de répercussion fonctionnelle notable, et que la présence de traits de personnalité dépendante ne pouvait pas être tenue pour une comorbidité sévère et/ou handicapante. Le pronostic global, du point de vue neurologique, était celui d'une sclérose en plaques secondairement progressive, soit une forme spécifique pour laquelle il n'existait pas de thérapie dirigée. En ce qui concerne les troubles dégénératifs rachidiens, ils allaient empirer avec le temps et, conjointement avec l'atteinte neurologique, entraîner une atteinte algo-fonctionnelle vouée à se péjorer.

### **E. 37**

Dans son écriture après enquêtes du 30 mars 2015, l'intimé a considéré que les conclusions des experts judiciaires ne pouvaient être suivies en tant qu'elles retenaient une incapacité de travail complète même dans une activité adaptée. Aussi s'est-il entièrement référé à l'avis médical rendu le 23 février 2015 par le Dr O\_\_\_\_\_, médecin SMR. Selon ce médecin, le Dr N\_\_\_\_\_ expliquait clairement que l'assurée ne présentait pas d'atteinte psychique pouvant influencer sa capacité de travail. L'expert rhumatologue expliquait quant à lui que

les douleurs de l'axe rachidien permettaient une pleine capacité de travail dans une activité strictement adaptée aux limitations de protection du dos. Seul l'expert neurologue attestait d'une incapacité de travail totale pour toute activité du fait des limitations fonctionnelles, ce depuis le diagnostic de la sclérose en plaques. Toutefois, les limitations neurologiques qu'il retenait se limitaient à une paraparésie très limitée, des troubles de la sensibilité des membres inférieurs ainsi qu'à une asthénie. Par ailleurs, le

A/3437/2012 - 18/32 - Dr M\_\_\_\_\_ expliquait clairement que la sclérose en plaques n'était que faiblement évolutive, sans aucun signe de gravité et avec des symptômes fort modestes. En conséquence, il était difficile de comprendre comment une atteinte aussi peu symptomatique ne permît plus la moindre activité à partir de 2008, ce d'autant que le Dr M\_\_\_\_\_ avait expliqué qu'au moment des expertises de 2010 et 2011, les examens cliniques (en particulier neurologique) pouvaient être considérés comme normaux. Sur la base de ces éléments, le Dr O\_\_\_\_\_ peinait à comprendre comment la recourante ne pouvait déjà plus travailler à cause d'une maladie totalement asymptomatique. À l'évidence, le rapport d'expertise pluridisciplinaire n'était pas convaincant. Partant, il convenait de s'en tenir à l'évaluation précédente du SMR et considérer que la capacité de travail était pleine – avec une baisse de rendement de 15% – dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles.

### **E. 38**

Dans son mémoire après enquêtes du 30 mars 2015, la recourante a soutenu qu'il était certain que sans atteinte à la santé, elle aurait continué à travailler à 100%, comme elle avait été capable de le faire jusqu'en 1999, de sorte que l'invalidité n'aurait pas dû être déterminée selon la méthode mixte mais selon la méthode ordinaire, en application de laquelle elle avait droit à une rente d'invalidité pleine et entière, dès le 1er juillet 2009.

### **E. 39**

Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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. 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). 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2005 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a),

A/3437/2012 - 19/32 - entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont

produits (ATF 129 V 1 consid. 1, ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a, RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1er janvier 2012 en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

5. À titre liminaire, il y a lieu de déterminer l'objet du litige. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références citées). Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation - ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_197/2007 du 27 mars 2008, consid. 1.2 et les références). En l'espèce, la décision querellée refuse à la recourante aussi bien le droit à des mesures d'ordre professionnel que celui à une rente, suite au dépôt d'une nouvelle demande le 1er juillet 2009. Cela étant, le recours dont est saisi la chambre de céans ne concerne que le refus d'octroyer une rente. Partant, l'objet du litige ne porte que

A/3437/2012 - 20/32 - sur cet aspect de la contestation, singulièrement sur la survenance (ou non) d'une aggravation de l'état de santé depuis la décision de l'intimé de janvier 2004 ainsi que sur la détermination du statut de la recourante.

6. L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

7 a) Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations, elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) pour déterminer si une modification notable

du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_412/2010 du 22 février 2011).

b) Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b).

Pour examiner s'il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit généralement prendre en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. À l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est 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 qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de

A/3437/2012 - 21/32 - 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). 8. 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 vigueur dès le 1er janvier 2008).

b) 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.

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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation 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 de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi

A/3437/2012 - 22/32 - objectivement que possible (ATF 102 V 165; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il convient alors 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). 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; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2). d/aa) 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 lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396, consid. 5.3). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (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. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Peut

A/3437/2012 - 23/32 - constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 135 V 65, consid. 4.2.2; ATF non publié 9C\_387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3.2). Parmi les

autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (ATF 130 V 352, consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATFA non publié I 590/05 du 27 février 2007, consid. 3.1). À l'inverse, 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).

Il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATFA non publié I 497/04 du 12 septembre 2005, consid. 5.1).

d/bb) Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans

A/3437/2012 - 24/32 - étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b). L'égalité de traitement commande en effet de soumettre tous les tableaux cliniques présentant des syndromes sans origine pathogène ou étiologique claire aux mêmes exigences en matière d'assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 5). Ainsi, 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3), de neurasthénie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008, consid. 5),

d'anesthésie dissociative et d'atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007, consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4) et de traumatisme du type "coup du lapin" (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3). 9. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351, consid. 3).

A/3437/2012 - 25/32 - b) Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). c) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351, consid. cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351, consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170, consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou

plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353, consid. 5b, ATF 125 V 193, consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319, consid. 5a).

A/3437/2012 - 26/32 - 11. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). 12. En l'espèce, la première question à trancher est celle du statut de la recourante, à savoir s'il s'agit de lui appliquer un statut mixte ou professionnel.

L'intimé a tenu compte d'un statut mixte en raison des déclarations que la recourante aurait faites le 25 juin 2012 à l'enquêtrice chargée de l'enquête ménagère, soit qu'elle travaillerait à 57% comme avant son atteinte à la santé.

Toutefois, dans le cadre de l'instruction du dossier par l'intimé, la recourante a déclaré au cours d'un entretien s'étant déroulé le 20 juillet 2009, donc antérieurement à l'enquête ménagère, qu'en 1999, elle avait quitté l'entreprise C\_\_\_\_\_ SA pour raisons de santé (cf. pièce 87 intimé, p. 2). Par ailleurs, dans le délai imparti pour faire valoir ses observations au sujet du projet de décision du 16 juillet 2012, elle avait fait valoir par courrier du 24 août

2012 que le taux d'activité de 57% était erroné puisque c'était sur ordre médical qu'elle avait mis fin à son activité professionnelle auprès de B\_\_\_\_\_ SA en février 2009. À l'examen des pièces du dossier, il apparaît effectivement que jusqu'à fin octobre 1996, l'intéressée travaillait à 100% pour B\_\_\_\_\_ SA, puis à 50% à partir du

A/3437/2012 - 27/32 - novembre 1996, mais qu'en réalité, il n'y avait pas eu de réduction du temps de travail, puisqu'elle avait exercé en parallèle une deuxième activité à 50% pour C\_\_\_\_\_ dès 1996 et ce, jusqu'à ce que le Dr D\_\_\_\_\_ atteste d'une incapacité de travail de 50% à partir du 5 juin 1999. Ceci est mentionné dans un rapport du 30 mai 2000 de ce médecin, précisant que l'essai d'une reprise à 100% avait aggravé les symptômes (cf. pièce 5 intimé). À compter du 5 juin 1999, la recourante a donc travaillé à 50% pour B\_\_\_\_\_ SA et, à partir de 2008, à 57% compte tenu de quelques heures de ménage chez les époux K\_\_\_\_\_, avant qu'un nouvel arrêt de travail – complet cette fois – l'empêche de poursuivre son activité pour le compte de B\_\_\_\_\_ SA dès le 13 février 2009 (pièces 75 et 85, p. 9-10 intimé). Au regard de ces éléments, la chambre de céans considère comme non établies et en tout état non déterminantes les déclarations que la recourante aurait faites lors de l'enquête ménagère. Elle retiendra que la détermination du degré d'invalidité doit se faire selon la méthode ordinaire. Partant, dans ce contexte, le rapport d'enquête ménagère n'est pas pertinent. 13. a) Se fondant sur trois expertises médicales, soit l'expertise pluridisciplinaire du 14 juillet 2010 effectuée au CEMED, l'expertise neurologique réalisée le 18 avril 2011 par le Dr I\_\_\_\_\_ et finalement l'expertise psychiatrique du Dr J\_\_\_\_\_ en date du 4 février 2012, l'intimé considère qu'on ne peut reconnaître une quelconque aggravation de l'état de santé de la recourante depuis janvier 2004, que ce soit d'un point de vue psychique ou somatique. En effet, s'il existe bel et bien une affection corporelle chronique depuis 2008 (la sclérose en plaques), celle-ci n'est pas incapacitante de l'avis des experts précités. Quant à l'expertise judiciaire du 29 janvier 2015, ses conclusions ne sauraient être suivies. Selon l'intimé, il ressort de ce dernier rapport que seule l'atteinte neurologique empêcherait toute capacité de travail depuis 2008, malgré le caractère peu symptomatique de la sclérose en plaques. En conséquence, il persiste à considérer que la capacité de travail de la recourante est entière dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles et qu'il convient de reconnaître une diminution de rendement de 15% due à la sclérose en plaques. La recourante conteste ce point de vue en se référant entièrement aux conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire des Drs L\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_. Elle reproche par ailleurs à l'intimé d'avoir retenu un statut mixte alors que la réduction de son taux d'activité de 100 à 50% en juin 1999 était due à des raisons médicales, tout comme son taux d'activité de 57% entre le 1er juillet 2008 et le 13 février 2009, date à laquelle elle s'est retrouvée en arrêt de travail complet dans le cadre de son activité exercée pour le compte de B\_\_\_\_\_ SA. b) La décision du 5 janvier 2004 se basait essentiellement sur un rapport d'expertise médicale de la Clinique romande de réadaptation du 10 février 2003, aux termes duquel la recourante présentait un syndrome douloureux somatoforme persistant

A/3437/2012 - 28/32 - qui, faute de répondre aux critères jurisprudentiels permettant de reconnaître à cette affection un caractère invalidant, était sans répercussion sur la capacité de travail de l'intéressée dans son activité habituelle de nettoyeuse. c) Il convient de comparer la situation telle qu'elle se présentait alors à celle prévalant au moment de la décision litigieuse, en octobre 2012. À cet égard, la chambre de céans a considéré, après audition du Dr E\_\_\_\_\_ le 23 avril 2013, qu'il subsistait des doutes suffisants sur l'état de

santé de la recourante, en particulier sur la présence de douleurs liées à la sclérose en plaques qui étaient distinctes de celles dues à la fibromyalgie et que partant, la cause ne pouvait être tranchée en se fondant sur l'une ou l'autre expertise versées au dossier. 14. a) En l'espèce, l'expertise judiciaire des Drs L\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ répond aux critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu pleine valeur probante. Le rapport se fonde sur quatre entretiens avec la recourante, dont deux avec l'expert psychiatre. Il comporte également des examens cliniques. L'anamnèse est détaillée, les plaintes de la recourante sont prises en compte, les diagnostics sont clairs et bien motivés et l'appréciation consensuelle de l'ensemble des troubles se révèle convaincante. S'il est vrai que d'un point de vue strictement rhumatologique et psychiatrique, les Drs N\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ parviennent à la conclusion que les atteintes rachidiennes et la faiblesse des membres inférieurs, respectivement la symptomatologie dépressive légère n'affectent pas la capacité de travail dans une activité adaptée – et même dans l'activité habituelle sur le plan psychiatrique –, il n'en demeure pas moins que les conclusions des experts, en tant qu'elles retiennent une incapacité de travail complète dans toute activité depuis 2008, sont motivées tant par les affections neurologiques que rhumatologiques, ces dernières limitant encore les capacités fonctionnelles en raison d'un handicap algo-fonctionnel dû aux éléments dégénératifs rachidiens. D'un point de vue neurologique, le Dr M\_\_\_\_\_ explique que la sclérose en plaques, diagnostiquée en octobre 2008, s'est manifestée par une paraparésie et des troubles cordonaux postérieurs inhérents aux phénomènes inflammatoires médullaires et qu'il a constaté, au jour de l'examen, des troubles de la sensibilité profonde corroborant les plaintes de la recourante depuis 2008. Il précise que la lente aggravation rapportée par l'intéressée est également corroborée par la mise en évidence d'une atrophie médullaire siégeant au niveau D4-D6, parfaitement visualisée dans les IRM de 2012 et qu'à la lumière de tous ces éléments, la sclérose en plaques était bien symptomatique dès sa mise en évidence en octobre 2008, entraînant dès ce moment une incapacité de travail complète dans toute activité. b) La chambre de céans constate que l'expertise de la CRR, en particulier son volet neurologique qui ne retient aucun diagnostic avec incidence sur la capacité de

A/3437/2012 - 29/32 - travail de la recourante dans une activité adaptée, n'est pas convaincante et ne permet pas de remettre en cause les conclusions claires de l'expertise judiciaire. Le Dr G\_\_\_\_\_ indique en effet en page 12 de l'expertise (pièce 111 intimé, p. 15), que l'étude des documents radiologiques à disposition et l'étude préalable du liquide céphalo-rachidien (LCR) ne laissent guère de doute quant à l'existence d'une sclérose en plaques et à la présence d'altérations dégénératives disco-ostéophytaires. Toutefois il conclut de manière sommaire qu'il existe une apparente dissociation entre l'importance des plaintes de la patiente et les éléments cliniques et paracliniques objectifs faisant penser que les éléments neurologiques proprement dits sont « vraisemblablement majorés par des facteurs psychiques, éventuellement socioprofessionnels », tout en reconnaissant qu'une nouvelle poussée éventuelle de sclérose en plaques s'accompagnerait de douleurs que l'on pourrait combattre, sinon prévenir par les mesures thérapeutiques en cours (ibidem). Or, il sied de relever en premier lieu que lors de l'examen neurologique par le Dr M\_\_\_\_\_ (p. 23 expertise judiciaire), la recourante n'a à aucun moment montré de signes évocateurs d'une exagération, l'expert soulignant un peu plus loin que ce n'est qu'en discutant longuement avec la recourante – qu'il qualifie de très fruste – et en lui donnant la possibilité de s'exprimer qu'il apparaît qu'elle présente différents types de douleurs, celles des membres inférieurs inhérentes aux suites des lésions médullaires étant totalement différentes de celles

dues à des tensions musculaires, étant précisé que ces dernières n'entrent pas dans le cadre d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux (p. 28, 33 et 37 expertise judiciaire), ces deux affections étant clairement écartées par les experts (p. 33 expertise judiciaire). Ainsi, contrairement au Dr G\_\_\_\_\_, ceux-ci ne se contentent pas de supputer la présence de facteurs psychiques et éventuellement socioprofessionnels sous l'angle de la simple vraisemblance. En second lieu, les troubles constatés par le Dr M\_\_\_\_\_ le jour de l'examen corroboraient les plaintes de la recourante depuis 2008. Enfin, les experts judiciaires ont bien nuancé l'opinion émise par le Dr G\_\_\_\_\_ au sujet des mesures thérapeutiques en expliquant que si le traitement actuel pour la sclérose en plaques s'était révélé efficace, il n'empêchait pas une lente aggravation de l'état de la recourante, comme en attestait le développement d'une atrophie médullaire s'intégrant dans le cadre d'une forme secondairement progressive de la maladie, inaccessible à la thérapie (p. 40 expertise judiciaire).

c) Dans la mesure où l'expert neurologue I\_\_\_\_\_, à l'instar de ses confrères du CEMED, considère que les manifestations de la sclérose en plaques sont au second plan et qu'il conclut à la présence d'un syndrome douloureux chronique associé à un état dépressif, son rapport d'expertise du 18 avril 2011 n'est pas convaincant non plus et les critiques exprimées au sujet de l'expertise du CEMED peuvent être reprises à son endroit. On soulignera également que les experts judiciaires, tout en faisant part de leurs difficultés de commenter les réflexions des Drs G\_\_\_\_\_ et

A/3437/2012 - 30/32 - I\_\_\_\_\_ – dès lors que ceux-ci concluaient à un examen neurologique normal en mai 2010 et avril 2011 – se sont clairement distanciés de leurs prédécesseurs puisque le Dr M\_\_\_\_\_ avait constaté, le jour de l'examen, l'existence à la fois de troubles de la sensibilité profonde et d'une paraparésie spastique avec une bonne corrélation radioclinique (p. 40 expertise judiciaire).

d) Quant à l'expertise psychiatrique du Dr J\_\_\_\_\_, elle ne s'avère pas convaincante non plus dans la mesure où le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant sans comorbidité psychiatrique majeure qu'elle retient est manifestement biaisé par la pauvreté des trouvailles faites par l'expert neurologue I\_\_\_\_\_ au sujet de la sclérose en plaques. On rappellera à cet égard que le 10 septembre 2011, le SMR avait considéré à la lumière des conclusions du Dr I\_\_\_\_\_ que l'on pouvait suspecter la présence d'un trouble somatoforme chronique, mais que ce diagnostic nécessitait la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

e) S'agissant des critiques émises par le SMR dans son avis du 23 février 2015, elles ne sont pas non plus à même de remettre en cause la force probante de l'expertise judiciaire.

Tout d'abord le SMR estime qu'à la lecture du rapport d'expertise judiciaire, seule l'atteinte neurologique empêche toute capacité de travail. Il reproche ensuite à l'expert neurologue M\_\_\_\_\_ de retenir comme date d'incapacité de travail totale, la découverte de la sclérose en plaques en 2008, sans expliquer que lors des expertises de 2010, les examens cliniques, en particulier neurologique, pouvaient être considérés comme normaux. Ainsi, le SMR peinait à comprendre comment la recourante ne pouvait déjà plus travailler à cause d'une maladie complètement asymptomatique.

Ces objections se révèlent toutefois infondées.

En premier lieu, il a échappé au SMR que les experts judiciaires indiquent expressément que l'incapacité de travail totale dès 2008 est due tant aux affections neurologiques que rhumatologiques (p. 38 expertise judiciaire), ces dernières limitant encore les capacités fonctionnelles en raison d'un handicap algo- fonctionnel dû aux éléments dégénératifs rachidiens (p. 34, 38 et 39 expertise judiciaire). En second lieu, le SMR minimise à tort les constatations faites par le Dr M\_\_\_\_\_, puisque ce dernier – contrairement à ce que soutient le Dr O\_\_\_\_\_ – ne se contente pas de faire état de troubles de la sensibilité et d'une discrète paraparésie spastique, mais de contractures musculo-squelettiques diffuses (p. 32 et 33 expertise judiciaire). En troisième lieu, il convient de relever que le caractère asymptomatique de la sclérose en plaques allégué par le Dr O\_\_\_\_\_ ne reflète que les appréciations des Drs I\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, le premier attribuant les plaintes subjectives invalidantes à un syndrome douloureux chronique (pièce 119, p. 7

A/3437/2012 - 31/32 - intimé), le second à des facteurs « vraisemblablement [...] psychiques, éventuellement socioprofessionnels ». Or, force est de souligner que dans le cadre de leur expertise pluridisciplinaire, les Drs L\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ ont clairement écarté le diagnostic de trouble somatoforme douloureux et que le Dr M\_\_\_\_\_ a non moins clairement objectivé le caractère symptomatique de la sclérose en plaques dès 2008 ainsi que l'aggravation de cette affection, celle-ci étant corroborée par les derniers clichés effectués en 2012 mettant en évidence une atrophie médullaire (p. 29 et 34 expertise judiciaire).

Ainsi, on ne saurait suivre le SMR en tant qu'il recommande de ne pas suivre les conclusions des Drs L\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ et de s'en tenir à sa précédente évaluation.

f) On enfin que les conclusions du rapport d'expertise judiciaire, en tant qu'elles retiennent le caractère symptomatique et invalidant de la sclérose en plaques, rejoignent les avis des médecins traitants de la recourante (cf. rapports des Drs E\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ du 25 février, respectivement du 26 février 2010) ainsi que l'avis du SMR du 18 janvier 2010. 15. En conséquence, il convient de suivre les conclusions de l'expertise judiciaire, de constater que l'état de santé de la recourante s'est aggravé en 2008 et qu'elle présente, depuis lors, une incapacité de travail totale dans toute activité.

Vu le dépôt de la nouvelle demande de prestations le 1er juillet 2009, la recourante a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1er janvier 2010 et non à compter de la date du dépôt de sa demande (cf. art. 29 al. 1 et 3 LAI). Sous cet angle, les conclusions de la demanderesse ne sauraient être entièrement suivies. 16. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis au sens des considérants et il est dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1er janvier 2010. La cause sera renvoyée à l'intimé pour le calcul de la rente d'invalidité.

b) Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Étant donné que la procédure n'est plus gratuite depuis le 1er juillet 2006 (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner l'intimé, qui succombe, au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 200.-. \*\*\*\*\*

A/3437/2012 - 32/32 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant A la forme :

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