

## **GE\_GERICHTE ATAS/365/2018 vom 30. April 2018**

GE Cour de justice, 2018-04-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_365\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_365_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/365/2018 du 30 avril 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/365/2018 del 30 aprile 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 43**

L'intimé a conclu au rejet du recours par courrier du 12 juillet 2017. Il ressort du rapport d'expertise du 28 octobre 2014 que la recourante ne peut plus exercer son activité habituelle, mais a une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le complément d'expertise a été demandé aux experts afin d'analyser les répercussions du TSD à la lumière des indicateurs standards prescrits par la nouvelle jurisprudence. Mais les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise permet ou non une évaluation concluant à la lumière des indicateurs déterminants. Dans le cas d'espèce, il ressort de l'expertise et de son complément du 20 octobre 2016 que le TSD est non incapacitant, à la lumière des nouveaux indicateurs. S'agissant de l'atteinte à la santé, les experts ne retiennent aucun diagnostic ayant une répercussion sur la CT (expertise et complément). Hormis les périodes post cure de tunnel carpien et de névrome de Morton, la situation médicale de la recourante est stationnaire tant sur le plan somatique que sur le plan psychique. Pas de comorbidité psychiatrique justifiant une IT. L'expert retient une symptomatologie dépressive plutôt légère et fluctuante en amélioration, ainsi que de nombreux traits de personnalité dépendante. S'agissant des ressources personnelles et du contexte social, les experts se sont prononcés en détail (page 15 du complément d'expertise),

A/467/2017 - 19/36 - se fondant non seulement sur leurs propres constatations mais également sur les informations qu'ils ont reçues de la psychiatre traitante. L'analyse de la vie quotidienne indique qu'il n'existe pas de limitations uniformes dans toutes les activités de la vie quotidienne et montre que l'assurée dispose de ressources personnelles préservées. S'agissant du traitement médical le dosage des médicaments antalgiques et anti-inflammatoires est très bas voire non détectable pour l'ibuprofène. Ces résultats contredisent les affirmations de la recourante qui prétend prendre ses médicaments régulièrement et trois fois par jour, ne pouvant pas s'en passer, ni diminuer la posologie. L'observance thérapeutique était déjà douteuse lors de l'expertise initiale (pages 22 et 23 du complément d'expertise). L'expert indique que l'observance thérapeutique concernant les antidépresseurs est bonne, mais il existe un doute, au vu des résultats sanguins, au sujet de l'observance des antalgiques et AINS. On ne saurait dans ces circonstances parler d'échec de traitement. L'analyse des indicateurs standards montre un degré de cohérence moyen, notamment du fait que l'assurée ne semble pas prendre les antidouleurs, qu'elle est souriante avec l'expert rhumatologue alors qu'avec le psychiatre elle est clairement plus déprimée (page 23 du complément d'expertise). En définitive et contrairement à ce que soutient la recourante, l'expertise de la CRR (recte : du CEMed) et son complément permettent de

confirmer, en application de la nouvelle jurisprudence, l'absence du caractère invalidant du TSD. La recourante dispose des ressources nécessaires pour surmonter ses douleurs et se réinsérer professionnellement. Il n'y a dès lors pas lieu d'ordonner une expertise psychiatrique telle que demandée par la recourante.

#### **E. 44**

La recourante a brièvement répliqué par courrier du 15 août 2017 : les passages de l'expertise du 20 octobre 2016 cités par l'intimé ainsi que son appréciation des indicateurs découlant de la jurisprudence repose essentiellement sur une interprétation voire une extrapolation de ladite expertise qui ne change rien au caractère manifestement lacunaire de cette dernière.

#### **E. 45**

L'intimé a persisté dans ses conclusions par courrier du 5 septembre 2017.

#### **E. 46**

Sur quoi les parties ont été informées de ce que la cause était 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 - 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance- invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

A/467/2017 - 20/36 - 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. Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente (entière) d'invalidité depuis le 1er août 2012, singulièrement sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, sur la base de l'expertise CEMed du 28 octobre 2014 et son complément du 20 octobre 2016. 5. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2

LAI). 6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 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 objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A 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

A/467/2017 - 21/36 - 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2) 7. a) Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celle-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. A l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65; ATF 131 V 49; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités

fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la

A/467/2017 - 22/36 - personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs). Ces indicateurs sont classés comme suit : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3). A. Axe « atteinte à la santé » 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1). 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2). 3. Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. II

A/467/2017 - 23/36 - est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être

pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2). C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3). II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4). A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le

A/467/2017 - 24/36 - niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine). b) La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance.

Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2). L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait

A/467/2017 - 25/36 - qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a). 8. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient «résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C\_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible. En particulier, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1). On rappellera encore que selon la jurisprudence, sur le plan du droit intertemporel, il y a lieu de procéder par analogie avec l'ATF 137 V 270 (qui concerne les exigences requises dans un Etat de droit en matière d'expertises médicales). Selon cet arrêt, les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante. Il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral (ATF précité consid. 6 in initio p. 266). Ces considérations peuvent être appliquées par analogie aux nouvelles exigences de preuve en ce sens qu'il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8). 9. 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).

A/467/2017 - 26/36 - 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). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères pertinents - lui permettent de surmonter ses douleurs. Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leur les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de

A/467/2017 - 27/36 - travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 648/03 du 18 septembre 2004 consid. 5.1.3 et 5.1.4). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44

LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 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. 3b/cc; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 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

A/467/2017 - 28/36 - du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est

nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). 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 et les références). 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). 11. En l'espèce, la décision entreprise repose sur les conclusions d'une expertise pluridisciplinaire ayant retenu le diagnostic de TSD, mais l'ayant considéré comme non incapacitant, et ayant conclu que la capacité de travail de la recourante était pleine et entière sans diminution de rendement dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, conclusions qui ont conduit l'intimé à rejeter la demande

A/467/2017 - 29/36 - de prestations de la recourante. Le diagnostic de TSD a été posé par le Dr P\_\_\_\_\_ (expert rhumatologue du CEMed dans le cadre de l'expertise initiale pratiquée en août 2014 [rapport du CEMed du 28 octobre 2014 p. 18]). Cet expert a retenu ce diagnostic en observant que la symptomatologie douloureuse débordait largement de ce que l'on pourrait attendre des discopathies. Les points douloureux à la palpation lors de l'examen clinique ne correspondent pas typiquement à ce qu'on rencontre habituellement dans la fibromyalgie (diagnostic retenu lors de l'expertise du Dr I\_\_\_\_\_ en 2012). L'instruction du dossier par l'intimé, après le rapport du CEMed du 28 octobre 2014, a abouti au nouveau projet de décision du 5 janvier 2015, annulant et remplaçant celui du 29 avril 2013. Ce projet a fait l'objet d'une nouvelle contestation. L'assurée a produit de nouveaux documents médicaux dans le cadre de la procédure d'audition. Au cours de celle-ci, le SMR s'est prononcé à plusieurs reprises, au fur et à mesure de la réception des documents médicaux complémentaires sollicités à sa demande. Dans son avis du 12 mai 2016, le SMR a notamment constaté que des éléments complémentaires sur le plan radiologique manquaient toujours au dossier (à des fins de comparaison par rapport à l'évolution de la situation) ; il existait aussi des contradictions dans les derniers rapports du médecin traitant ; enfin, au vu de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral du 3 juin 2015, il était nécessaire de procéder à l'analyse de la situation à la lumière des nouveaux indicateurs. Dans ce contexte, et au vu de la nouvelle IRM lombaire ajoutée au dossier, il était nécessaire de procéder à une nouvelle évaluation de la situation. Il a dès lors invité l'OAI à demander un complément d'expertise, charge aux experts rhumatologue et psychiatre de procéder à une nouvelle évaluation de la situation, d'une part pour déterminer si l'état de santé s'était modifié sur le plan somatique, et de l'autre pour apprécier les répercussions de la composante somatoforme, conformément à la nouvelle jurisprudence. C'est donc sur la base de ce rapport complémentaire, du 20 octobre 2016, que l'OAI a rendu la décision entreprise, du 12 janvier 2017, après avoir notamment recueilli l'avis du SMR du 9 janvier 2017. Dans le cadre de son recours, et plus précisément dans son complément du 13 juin 2017, l'assurée reproche à l'intimé de s'être fondé essentiellement sur le rapport d'expertise complémentaire du 20 octobre 2016, considérant que cette expertise ne répondrait clairement pas aux exigences fixées par la récente jurisprudence en matière de TSD. Selon

elle, les experts ont procédé à un examen « excessivement superficiel, sommaire et incomplète de l'incidence des troubles psychiques sur la question de l'exigibilité ». Selon elle les experts se seraient bornés à survoler l'examen des indicateurs définis par la jurisprudence sans procéder à un examen structuré des faits, et qui plus est de manière complète. L'intimé considère au contraire qu'ayant précisément sollicité, dans le cadre du complément d'expertise, que les experts se sont pleinement acquittés de la mission complémentaire qui leur a été confiée, le rapport complémentaire ayant pleine valeur probante, et confirmant l'absence de caractère invalidant du TSD. Il y a dès lors lieu de déterminer si le rapport d'expertise du CEMed et son complément peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante au sens de la

A/467/2017 - 30/36 - jurisprudence rappelée précédemment, étant précisé que l'expertise et son complément doivent être pris en compte dans leur ensemble. a) La chambre de céans constate que l'expertise du CEMed est fondée sur des examens en rhumatologie, psychiatrie et médecine interne, ainsi que sur le dossier médical. L'anamnèse est complète et les plaintes de l'assurée ont été prises en considération. L'appréciation de la situation médicale est claire et les conclusions des experts sont motivées, ces derniers ayant pris en compte, dans une analyse très complète du dossier, l'ensemble des documents médicaux réunis. Ils ont également examiné la portée des éléments nouveaux rapportés depuis leur expertise de 2014. De cette expertise, qui satisfait aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante, il ressort que, dans le cadre du complément d'expertise (rapport du 20 octobre 2016), les experts ont repris l'examen complet du dossier. Ils ont également pris contact avec la psychiatre traitante, et examiné l'assurée, de façon attentive, tant en 2014 qu'en 2016, de sorte qu'ils ont pu se faire une idée précise de l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis leur rapport initial mais également de l'évolution des plaintes de l'expertisée. Ils ont également indiqué avoir pris en compte et traité les indicateurs du mandat pour l'établissement des expertises élaborées par l'OFAS en suite de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral et ont précisé les avoir traitées dans le corps de l'expertise, notamment dans la « situation actuelle et conclusions », ainsi que dans les réponses aux questions posées. Contrairement à ce que prétend la recourante, les experts ne se sont pas contentés d'affirmer avoir pris en compte ces indicateurs, pas plus d'ailleurs qu'ils ne les auraient « survolés » dans une approche prétendument « superficielle et incomplète ». S'agissant de l'atteinte à la santé, on remarque tout d'abord que dans leur rapport initial, du 28 octobre 2014, les experts avaient retenu comme diagnostic ayant une répercussion sur la CT une récurrence de hernie discale L4-L5 droite et possible protrusion discale L3-L4 droite présente depuis 2011. Dans leur complément du 20 octobre 2016, ils ont retenu les diagnostics incapacitants suivants : lombalgies chroniques avec pseudo-sciatalgies dans les membres inférieurs ; s/p cure chirurgicale de hernie discale L4-L5 le 25 janvier 2012 ; troubles dégénératifs du rachis lombaire sous forme de discopathie (protrusion discale L3-L4 et récurrence de hernie discale L4-L5 vs fibrose cicatricielle) depuis au moins juin 2012 ; rétrolisthésis de L4-L5 de degré I (2012) ; arthrose interapophysaire postérieure. Quant aux diagnostics sans répercussion sur la CT, dans leur rapport initial, ils retenaient les éléments suivants : troubles de la personnalité dépendante (F60.7) ; syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ; pouce gauche à ressaut ; cervico-brachialgies et lombosciatalgies sans déficit neurologique objectivable (présentes depuis 2011) ; diabète type 2 depuis 2012 ; hépatite B ancienne (non datables) ; stéatose hépatique (2013) ; hypertriglycéridémie modérée (2013). Dans leur rapport complémentaire du 20 octobre 2016, ils retenaient les éléments suivants : probable personnalité dépendante

(F60.7), existante depuis le début de

A/467/2017 - 31/36 - l'âge adulte ; autres troubles anxieux mixtes (F41.3) existant depuis probablement 2007; syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ; s/p cure chirurgicale pour un syndrome du canal carpien droit le 12 mars 2015 ; névromes de Morton des IIIe et IVe espace inter-métatarsiens droits (2015 ; surcharge pondérale ; diabète de type 2 non-insulinotraité ; hépatopathie avec stéatose hépatique non-alcoolique et ancienne hépatite B. Les experts ont retenu en 2014 comme en 2016 que l'activité antérieure de femme de chambre n'était pas compatible avec les troubles du rachis de l'expertisée ; par rapport à cette activité la capacité de travail est nulle et n'est plus exigible depuis vraisemblablement octobre 2011, époque depuis laquelle l'incapacité de travail était restée complète. Mais les diagnostics n'empêchaient pas une pleine CT sans diminution de rendement, depuis l'apparition des troubles de la santé, hormis une période de 3 mois faisant suite à l'intervention de hernie discale de janvier 2012, et une période d'un mois après l'intervention pour canal carpien du 12 mars 2015, dans une activité adaptée, tenant compte des limitations fonctionnelles suivantes : sur le plan physique, les mêmes que celles retenues en 2014, à savoir que l'activité ne doit pas comporter d'efforts physiques lourds pour le dos ; le port de charges de plus de 20 kg est contre-indiqué de même que le port répétitif de charges de plus de 10 kg, ainsi que les positions avec le haut du corps en porte-à-faux ou les mouvements répétitifs en flexion-extension ou rotation du tronc. L'activité devrait permettre dans la mesure du possible l'alternance de la position assise-débout. Sur le plan psychique et mental : aucune restriction fonctionnelle. En revanche, moyennant le respect des limitations physiques décrites, la capacité de travail dans une activité adaptée est complète, Les experts ont motivé de manière convaincante les conclusions auxquelles ils parviennent, tant sur le plan rhumatologique, que neurologique et psychique. Sous l'angle de la jurisprudence citée, les experts ont justifié leur diagnostic de TSD, en expliquant pourquoi ils écartaient celui de fibromyalgie. L'expert psychiatre relève que son collègue rhumatologue mentionne des incohérences entre les plaintes douloureuses et le tableau clinique, et qu'il existe chez cette assurée des conflits émotionnels et des problèmes psychosociaux suffisamment importants (lesquels ne sont pas du ressort de l'AI). Le syndrome douloureux assure à l'expertisée une aide et une sollicitude accrue notamment de la part de son entourage familial (enfants, sœurs) qui prend en charge une bonne partie du ménage et les tâches administratives. D'après la grille d'examen découlant de l'arrêt du Tribunal fédéral du 3 juin 2015 en cas de troubles somatoformes, les experts retiennent qu'il existe des troubles psychiques, sous la forme d'un trouble anxieux et d'un trouble de la personnalité dépendante. S'agissant du traitement, les experts ont estimé, sur le plan de la médecine interne, que l'assurée présente un diabète de type 2 depuis 2012. Il n'y a eu qu'une décompensation en mars 2013 suite à un traitement de cortisone. Elle fait des autocontrôles et les valeurs de glycémie sont satisfaisantes d'autant plus qu'elle a fait une perte pondérale importante (20 kg) depuis six à huit mois avec une

A/467/2017 - 32/36 - alimentation dirigée par une diététicienne. La stéatose hépatique découverte lors de son hospitalisation de 2013 semble correspondre à une probable stéatose hépatique non alcoolique qui n'a aucun caractère incapacitant. Il en est de même pour l'ancienne hépatite B. L'examen du jour était d'ailleurs rigoureusement normal. Sur le plan neurologique, les plaintes formulées par l'assurée consistent dans la persistance de cervicobrachialgies sans topographie franchement radiculaire et de lombosciatalgies également sans topographie franchement radiculaire avec des douleurs au niveau des

mollets et des troubles sensitifs intéressants les orteils II à V des deux côtés, avec une impression de manque de force global. En résumé les experts observent que la patiente donne clairement l'impression de surcharger ses plaintes, relativement peu collaborante durant l'examen, l'examen des membres supérieurs ont fait observer des troubles sensitivomoteurs totalement atypiques, avec des phénomènes de lâchages étagés au testing de la force musculaire et des troubles sensitifs majeurs incompatibles avec une étiologie organique, ceci contrastant avec une épreuve des bras tendus normalement effectués. Les experts considèrent qu'en l'absence d'une atteinte neurologique actuellement clairement documentable compte tenu des éléments évidents de majoration des symptômes, il n'y a toujours pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée respectant un certain nombre de limitations fonctionnelles comme définies par les médecins du SMR. C'est également ici le lieu de relever que le Tribunal fédéral a également rappelé que dans la nouvelle jurisprudence (9C\_492/2014 du 3 juin 2015), si le Tribunal fédéral a abandonné la présomption du caractère surmontable d'un syndrome douloureux somatoforme, il a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de 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, de 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 psycho-social intact (cf. arrêts 9C\_899/2014 et 9C\_173/2015) (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_562/2015 du 29 septembre 2015 consid. 2). Sur le plan rhumatologique les plaintes actuelles sont des lombalgies (douleur au bas du dos) avec des irradiations dans les membres inférieurs chez une assurée présentant un s/p opération de hernie discale. À part la prise de médicaments l'assurée ne trouve pas d'autres facteurs soulageants. Elle dit prendre, trois fois par jour, Tramadol, Irfen et Dafalgan régulièrement. Lorsque les experts lui demandent si elle module la posologie en fonction de l'intensité des symptômes, elle sourit

A/467/2017 - 33/36 - disant qu'elle a essayé une fois de diminuer, mais les douleurs étant trop fortes, elle a repris régulièrement la médication prescrite ; reste toutefois qu'au monitoring médicamenteux du 31 août 2016, l'Irfen est indétectable et le Tramadol très bas. Elle avait refait une série de physiothérapie mais qui n'avait rien changé aux symptômes et donc elle n'en fait plus. Il en est de même pour l'hydro-kinésithérapie. Sur le plan psychique, elle est suivie par sa psychiatre, environ deux fois par an, pour les prescriptions des médicaments, et par une psychologue à raison d'une séance toutes les deux à trois semaines, pour une psychothérapie de soutien et pratique de la relaxation. Sa psychiatre traitante considère que l'épisode dépressif est en rémission sous Venlafaxine (225 mg/j). Sur le plan de la capacité de travail sur le plan psychique, à l'instar de la psychiatre traitante, les experts n'ont retenu aucune incapacité de travail. Ainsi, on peut déduire de ce qui précède que l'on ne se trouve pas en l'espèce dans un cas où les traitements se sont soldés définitivement par un échec malgré une coopération optimale de l'assurée, ce qui, selon la jurisprudence, constitue un indice important d'une atteinte non invalidante. Par ailleurs, les experts ont écarté toute comorbidité psychiatrique importante, considérant que l'assurée

présente une symptomatologie dépressive plutôt légère fluctuante et d'après elle en voie d'amélioration, ainsi que de nombreux traits de personnalité dépendante. Le diagnostic de trouble de la personnalité dépendante paraît clair et a d'ailleurs déjà été évoqué par d'autres psychiatres. Les experts ont, à de nombreuses reprises, relevé, dans les plaintes de l'expertisée au sujet de son état, l'importance qu'elle attribue à la séparation d'avec son époux en 2007. S'agissant de sa personnalité, les experts relèvent que l'expertisée est fragile du point de vue psychique en raison des traits de personnalités dépendantes qui sont vraisemblablement à l'origine de la décompensation dépressive en 2013. Néanmoins ils ne retiennent pas de limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique sur un long terme. Ils observent d'ailleurs que l'expertisée pense ne plus pouvoir travailler surtout pour des raisons physiques liées aux douleurs chroniques. S'agissant du contexte social, l'assurée bénéficie d'un soutien familial : elle vit avec ses trois enfants adultes, et sa sœur jumelle habite sur le même palier. Elle se promène plusieurs fois par semaine une vingtaine de minutes, fait parfois quelques petites courses, s'occupe de laver le linge et de le plier, prépare un repas par jour pour quatre personnes avec l'aide de sa fille. Elle est partie une dizaine de jours au Kosovo en été 2015. Elle ne conduit plus depuis 2012 ; elle se fait en général véhiculer par ses enfants. Elle est plutôt repliée sur son entourage familial (sa fratrie, ses enfants) et fréquente une fois par mois une amie avec laquelle elle sort boire un café. Et comme l'observe sa psychiatre, corroborant d'ailleurs l'impression des experts lors de l'examen, avec la thérapie, l'évolution sur le plan psychique s'est améliorée progressivement : elle a perdu du poids, se montre plus souriante, a repris à se maquiller, a envie de sortir, de rencontrer du monde ; elle a suivi des cours de

A/467/2017 - 34/36 - français, et fréquentait un groupe de couture, au moment du complément d'expertise, en 2016. S'agissant de ses ressources, les experts ont considéré que l'assurée a pu apprendre le français (suffisamment pour le comprendre et se faire comprendre), se marier, fonder une famille, travailler pendant une dizaine d'années ; elle peut compter sur son entourage familial. Par contre, elle n'a aucune formation et présente un trouble de personnalité dépendante. Des mesures de réadaptation sont exigibles du point de vue psychiatrique. D'ailleurs la psychiatre traitante a indiqué qu'au moment où elle avait commencé à suivre l'intéressée, en octobre 2013, cette dernière se présentait comme sévèrement déprimée. Actuellement le suivi n'était que de deux séances par année, avec le psychiatre, et d'une séance toutes les deux à trois semaines avec la psychologue. La patiente suit scrupuleusement les rendez-vous. Progressivement l'évolution s'est améliorée ; comme relevé ci-dessus, au point que la psychiatre traitante considère que l'épisode dépressif est en rémission sous Venlafaxine et se dit en outre n'être pas convaincue du diagnostic posé par l'expert de trouble de la personnalité dépendante. S'agissant enfin de la cohérence, les experts ont relevé que la description des activités quotidiennes est congruente aux plaintes, elle est suivie régulièrement par son psychiatre traitant et une psychologue psychothérapeute. L'observance thérapeutique concernant l'antidépresseur est bonne. Elle a bien collaboré avec les experts. Par contre, au vu des résultats sanguins, il existe un doute au sujet de l'observance des antalgiques et anti-inflammatoires, malgré les dires de l'assurée. De plus, l'expertisée se montre souriante avec l'expert rhumatologue alors qu'avec le psychiatre elle est plus clairement déprimée. Sur le plan neurologique, l'expert a constaté l'absence d'atteinte neurologique clairement documentable, des éléments évidents de majoration des symptômes et des incohérences, ces éléments ayant été relevés tant en 2014 qu'en 2016. Elle est fragile du point de vue psychique en raison des traits de personnalité dépendante qui sont vraisemblablement à l'origine de la décompensation dépressive en

2013. Néanmoins les experts ne retiennent pas de limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique sur un long terme. D'ailleurs l'assurée pense ne plus pouvoir travailler surtout pour des raisons physiques liées aux douleurs chroniques. Sa capacité de travail peut être considérée comme complète dans toutes activités. b) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que la mise en œuvre d'examens complémentaires conduirait à des conclusions différentes ou qu'un médecin traitant a nécessairement une meilleure vision de la situation qu'un expert ; il faut bien plutôt établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de celle-ci ou en établir le caractère objectivement incomplet (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3).

A/467/2017 - 35/36 - En l'occurrence, la recourante se limite à affirmer que les experts du CEMed n'auraient pas suivi le schéma de l'analyse structurée de fait, selon les indicateurs prescrits par le tribunal fédéral, et lorsqu'ils l'ont fait, pour l'un ou pour l'autre de ces indicateurs, elle considère qu'ils ont abordé la question de façon quasi inexistante ou encore de manière superficielle et lacunaire. Il ressort toutefois de ce qui précède que ces griefs ne sont pas fondés. On ajoutera, pour être complet, et bien que la recourante n'oppose pas à l'avis des experts celui de son médecin traitant qui, quant à lui, a toujours soutenu, mais de manière totalement isolée, que sa patiente serait incapable de travailler, que l'avis du Dr C\_\_\_\_\_, ne saurait être pris en considération, ces rapports ne pouvant se voir reconnaître de valeur probante, faute de motivation, d'une part, mais d'autre part en raison des principes de jurisprudence rappelés ci-dessus, concernant la réserve qu'il convient d'observer pour la prise en compte de l'avis des médecins traitants, d'autant que, dans le cas d'espèce, ce généraliste n'a jamais remis en cause les conclusions des experts du CEMed. Au vu de l'ensemble de ces éléments, force est d'admettre avec les experts que le TSD que présente la recourante est surmontable, partant qu'il n'est pas invalidant. L'intimé était fondé à retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, et sur la base de l'expertise du CEMed, que l'assurée dispose d'une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées par les experts. Il n'y a dès lors pas lieu d'ordonner une expertise judiciaire. 12. Le recours sera donc rejeté. 13. Dans la mesure où la recourante succombe, un émolument de justice de CHF 200.- est mis à sa charge.

A/467/2017 - 36/36 - 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.