

# **GE\_GERICHTE ATAS/484/2016 vom 21. Juni 2016**

GE Cour de justice, 2016-06-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_484\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_484_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/484/2016 du 21 juin 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/484/2016 del 21 giugno 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a. 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, dès lors que la décision attaquée, ayant été précédé de l'envoi d'un projet de décision, est fondée sur la LAI. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art 69 LAI). Le présent recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), la date de notification de la décision attaquée n'étant au demeurant pas établie du fait qu'elle a été envoyée par courrier simple. Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). La recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

### **E. 2**

a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve. b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et

A/2374/2015 - 13/25 - des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références). c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA ; cf. aussi consid. 6c). Il 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 (Ghislaine

FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78). d. Quant au degré de preuve requis, 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 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

### **E. 3**

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 ; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, 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 ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). S'agissant de la LAI, il s'agit en l'espèce du droit qui était en vigueur lorsque l'office intimé a rendu la décision attaquée, à savoir le droit encore actuellement en vigueur, intégrant les dernières modifications qu'a subies la LAI, en particulier celles de la révision dite 6a du 18 mars 2011, entrées en vigueur le 1er janvier 2012 (pour mémoire, les deux précédentes révisions de la LAI, des 21 mars 2003 [4ème révision] et 6 octobre 2006 [5ème révision] sont entrées en vigueur respectivement les 1er janvier 2004 et 1er janvier 2008). Au demeurant, ces nouvelles dispositions n'ont pas amené de modifications substantielles sur les sujets pertinents dans la présente affaire, en particulier 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). S'agissant des dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI), il sied de préciser qu'à l'instar de la LPGA elle-même dans son ensemble, elles consacrent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de la loi de la jurisprudence relative A/2374/2015 - 14/25 - aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA. Il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

### **E. 4**

Le présent recours porte sur plusieurs points, soit essentiellement sur le caractère invalidant des atteintes à la santé de la recourante, en particulier de sa fibromyalgie diagnostiquée par le rhumatologue, sur les revenus avec et sans invalidité retenus par l'intimé dans sa comparaison des revenus visant à déterminer le degré d'invalidité de la recourante dans sa sphère professionnelle, ainsi que sur les taux d'empêchement de cette dernière dans sa sphère ménagère. Ces différentes questions relèvent cependant toutes de la détermination de son invalidité.

### **E. 5**

a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par

des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demie rente, un trois quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI). b. 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 art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité de travail à la capacité de gain ; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI). c. 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 pas à elle seule déterminante ; elle n'est 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 ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Pierre-Yves GREBER,

A/2374/2015 - 15/25 - L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, n. 156 ss, 160 ss). Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). d. Pour évaluer le taux d'invalidité, il faut déterminer quelle méthode appliquer en fonction du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir s'il s'agit d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou d'un assuré non actif. Cet examen conduit à appliquer respectivement la méthode générale (ou, selon les circonstances, extraordinaire) de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). La méthode mixte s'applique aux assurés qui se consacrent pour partie à l'exercice d'une activité lucrative à temps partiel et pour partie à l'accomplissement de leurs tâches ordinaires, en particulier ménagères. Elle revient à

déterminer l'invalidité respectivement selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus pour la part dite professionnelle, et la méthode spécifique pour la part dite ménagère ou des travaux habituels (art. 28a LAI et 27 et 27bis du règlement sur l'assurance- invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201] ; art. 8 al. 3 et art. 16 LPGA). La part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des travaux habituels s'établit d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide ; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage, par rapport à un plein temps (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 104 V 136 consid. 2a). e. Un assuré appartient à l'une ou l'autre des trois catégories précitées en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Il faut tenir 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 recevoir la priorité

A/2374/2015 - 16/25 - d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). La question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse. Cependant, pour admettre l'éventualité que l'assuré aurait repris une activité lucrative partielle ou complète jusqu'à ce moment-là, il faut des éléments dont la force probante atteigne le degré de vraisemblance prépondérante reconnu habituellement en droit des assurances sociales (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). En l'espèce, il n'est pas contesté et n'apparaît pas contestable qu'à défaut d'atteinte à la santé, la recourante exercerait l'activité de femme de ménage à 50 % et s'occuperait pour le surplus, soit à 50 %, de ses tâches ménagères, et donc qu'elle a un statut mixte.

## **E. 6**

a. La détermination des atteintes à la santé dont souffre un assuré joue un rôle important non seulement pour juger de sa capacité de travail et de gain dans sa sphère professionnelle, mais aussi, dans une mesure à ne pas sous-estimer, pour évaluer ses empêchements dans sa sphère ménagère, quand bien même une enquête économique sur le ménage constitue le moyen de preuve généralement topique à cette fin-ci. Les atteintes à la santé doivent être établies par des documents médicaux probants. b. Sans remettre en cause la liberté d'appréciation revenant à l'administration et, sur recours, au juge (art. 61 let. c in fine LPGA ; art. 20 al. 1 phr. 2 LPA), le Tribunal fédéral a établi des règles sur la portée probatoire des divers types de rapports médicaux. b/aa. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À 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 du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). b/bb. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un

assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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

A/2374/2015 - 17/25 - d'une expertise médicale (art. 44 LPG) 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, et ils ne sont pas dépourvus de 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_274/2015 du 4 janvier 2016 consid. 4.1.2 ; 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). On ne peut cependant se fonder sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux. Il faut en particulier qu'elle prenne en compte l'anamnèse, décrive la situation médicale et ses conséquences, et que ses conclusions soient motivées. Les médecins du SMR doivent également disposer des qualifications personnelles et professionnelles requises par le cas (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_323/2009 consid. 4.3.1 et les références citées). Il convient en général de se montrer réservé par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_310/2015 du 15 janvier 2016 consid. 6.2 ; 9C\_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine). 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). c/cc. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas 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. À 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 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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

A/2374/2015 - 18/25 - cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). De même, 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).

#### **E. 7**

a. En l'espèce, il s'impose en premier lieu de relever que le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique que les Drs L\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ ont rendu le 5 décembre 2014 n'est pas un simple avis médical du SMR, tels que le SMR en établit – et en a établi en l'espèce les 25 juillet 2014 et 7 janvier 2015 – pour faire la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et émettre des recommandations sur la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il s'agit d'un véritable rapport d'expertise, établi par des spécialistes des disciplines médicales ici pertinentes – la rhumatologie et médecine interne d'une part et la psychiatrie d'autre part –, qui ont procédé personnellement à des examens cliniques de la recourante et à une étude approfondie du dossier médical déjà constitué, relatant l'anamnèse détaillée de la recourante et ses différents status et plaintes, énumérant les diagnostics retenus et les limitations fonctionnelles résultant des atteintes établies, évaluant l'effet des diagnostics posés sur la capacité de travail, et comportant une discussion motivée du cas ainsi que des conclusions. b. Le fait que ce rapport émane de médecins du SMR ne fait pas obstacle à la reconnaissance d'en principe sa pleine force probante, non seulement formelle, mais aussi, sous deux réserves mentionnées ci-après, matérielle. Le médecin traitant somaticien de la recourante, spécialiste en médecine générale, a indiqué explicitement partager l'avis desdits spécialistes sur l'importante question des diagnostics posés et des limitations fonctionnelles retenues, mais – certes – pas sur l'appréciation de leur caractère invalidant ou non. Il exprime, de façon sommaire, une appréciation différente d'une même situation médicale. Quant à la psychiatre traitante de la recourante, elle diverge certes aussi de l'avis desdits spécialistes sur la question du caractère invalidant ou non des diagnostics posés, mais – sauf sur un point – elle ne remet pas non plus ces diagnostics en question, du moins pas frontalement, étant précisé qu'elle paraît soutenir que la recourante souffre de dépression (d'une intensité moyenne à sévère), alors que les spécialistes du SMR ne retiennent pas le diagnostic de trouble dépressif récurrent mais, néanmoins, deux critères majeurs de la dépression. En plus de souligner l'importance – et par là de laisser entendre que les spécialistes du SMR ont sous-

A/2374/2015 - 19/25 - estimé l'importance – des limitations que génèrent pour la recourante les atteintes à la santé dont celle-ci souffre, au point que cette dernière n'arrive pas à faire son ménage, à assurer son autonomie, est perdue dans la gestion de sa vie quotidienne, n'est pas apte à exercer une quelconque activité lucrative, pourrait travailler

dans un atelier protégé, aurait besoin d'une curatelle de gestion, ladite psychiatre a toutefois avancé – c'est là une première réserve – que la recourante présentait un retard mental léger, non évoqué et donc non discuté par les auteurs du rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du SMR, et sur lequel le SMR n'a pas pris position en cours de procédure. Cette question devrait être élucidée, en tant qu'elle paraît a priori susceptible d'influer sur la capacité d'une part de travail et de gain de la recourante, mais d'autre part aussi, dans une certaine mesure, sur sa capacité d'effectuer ses tâches ménagères. c. La psychiatre traitante a par ailleurs – c'est là une seconde réserve – une approche différente de la fibromyalgie de la recourante que les experts du SMR. Alors que ces derniers l'ont admise sur le plan rhumatologique mais en ont écarté tout caractère invalidant du point de vue psychiatrique, elle a évoqué, en termes certes simples et sans doute incomplets, le lien entre ces deux aspects de cette affection assimilée à des troubles douloureux somatoformes, en affirmant que la recourante souffre de douleurs chroniques qui maintiennent l'état dépressif et qu'elle est effectivement en incapacité de travail à 100 % « à cause de son état dépressif compliqué de fibromyalgie et de migraines » (quand bien même elle ajoute, de façon peu pertinente, que la fibromyalgie est une maladie rhumatismale et non psychiatrique). Cette seconde réserve doit trouver un accueil particulier du fait de la modification de la jurisprudence du Tribunal fédéral sur les troubles somatoformes douloureux et les affections psychosomatiques comparables.

## **E. 8**

a. Logiquement, les spécialistes du SMR ont évalué le caractère invalidant ou non de la fibromyalgie reconnue à la recourante au regard de critères qui ont été modifiés ou dont l'importance respective a été modifiée dans l'intervalle par le Tribunal fédéral, à savoir la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée, l'existence d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable ou d'affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art en dépit de l'attitude coopérative de l'assurée, l'existence – en cas de comorbidité psychiatrique – d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution des conflits mais apportant un soulagement du point de vue psychique. Lesdits médecins experts ont en effet estimé que, du point de vue rhumatologique, il se justifiait de retenir le diagnostic de fibromyalgie, mais, dans l'appréciation du caractère invalidant de cette dernière, ils ont ajouté d'une part qu'il n'existait pas de comorbidité psychiatrique manifeste et, d'autre part, que s'il y avait certes une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable et un traitement ayant jusque-là échoué, l'état psychique de l'assurée n'était pas cristallisé (c'est-à-dire sans évolution possible au plan

A/2374/2015 - 20/25 - thérapeutique), et qu'il n'y avait pas de perte de l'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Et ils en ont tiré la conclusion, dans le droit fil de la jurisprudence modifiée par la suite, que l'affection présentée par l'assurée n'était pas incapacitante au sens de l'AI et ne relevait pas de l'AI, c'est-à-dire – conclusion portant à conséquence – l'assurée n'avait, du point de vue psychiatrique, jamais présenté d'incapacité de travail durable. b. Or, selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281), il n'y a plus de présomption 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 ; 131 V 49 ; 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). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. b/aa. Les indicateurs relevant de la « gravité fonctionnelle » représentent l'instrument de base de l'analyse. Il faut s'attacher en premier lieu aux atteintes à la santé. Il s'agit d'examiner les éléments pertinents pour le diagnostic et voir si leur degré de gravité est rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante. Le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers sont des indicateurs importants pour apprécier le degré de gravité de la pathologie. La comorbidité psychiatrique ne joue plus un rôle prépondérant, 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'assurée de ressources ; il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes ; un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, et doit être pris en considération dans l'approche globale. Il faut ensuite accorder une importance accrue au complexe de la personnalité de l'assuré, au développement et à la structure de sa personnalité, à ses fonctions psychiques fondamentales. Il y a lieu également de recenser et évaluer les ressources mobilisables de l'assuré. b/bb. Les déductions tirées des indicateurs précités doivent ensuite être soumises à un examen de cohérence au regard des indicateurs liés au comportement de l'assurée.

A/2374/2015 - 21/25 - Il s'agit d'examiner si l'assurée est limitée de manière semblable par sa pathologie dans les divers domaines de sa vie, en particulier dans son activité professionnelle, l'exécution de ses travaux habituels et les autres activités (par exemple les loisirs), si possible en comparant le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé. Il faut aussi s'intéresser à la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou négligés, pour déterminer le poids effectif de la souffrance, en veillant cependant à discerner le cas échéant si un refus ou une mauvaise acceptation d'un traitement recommandé est ou non une conséquence inévitable d'une anosognosie. c. Contrairement à l'avis de l'intimé exprimé initialement sur ce point, la nouvelle jurisprudence sur les troubles somatoformes et affections psychosomatiques assimilées est applicable au cas d'espèce, dès lors que la décision de l'intimé n'a pas acquis force de chose décidée. Sans doute un changement de jurisprudence n'est-il un motif ni de révision, ni de reconsidération et ne déploie-t-il, en règle ordinaire, des effets que pour l'avenir (ATF 141 V 39 consid. 5 ; 119 V 413 consid. 3a et les références). Il ne s'agit toutefois pas ici de réviser ou reconsidérer une décision entrée en force, mais d'appliquer la nouvelle jurisprudence à un cas non tranché définitivement du fait qu'un recours a été interjeté en temps utile contre la décision rendue. d. En l'espèce, dans l'appréciation du caractère invalidant de la fibromyalgie reconnue à la recourante sur le plan rhumatologique, les spécialistes du SMR se sont calqués sur les critères valables au regard de l'ancienne jurisprudence, au demeurant davantage en les répétant qu'en les appliquant dans le sens de vérifier si et dans quelle mesure ils étaient réalisés, pour en conclure que ladite affection ne

relevait pas de l'AI. Il ressort des quelques lignes qu'ils ont consacrées à ce sujet dans leur rapport qu'ils s'en sont pour l'essentiel tenus à la présomption que ladite affection était surmontable par un effort de volonté raisonnablement exigible, quand bien même ils n'ont pas cité explicitement cette présomption. En particulier, il appert que les experts du SMR ont attribué du poids au fait qu'il n'y avait, d'après leur appréciation, pas de comorbidité psychiatrique manifeste. Or, selon la nouvelle jurisprudence, une comorbidité psychiatrique n'est plus requise ou, à tout le moins, ne joue plus un rôle important, et il faut examiner si elle prive l'assuré de ressources. Cet examen-ci n'a pas suffisamment été fait, alors que les experts du SMR, s'ils écartaient finalement le diagnostic de trouble dépressif récurrent, n'en retenaient pas moins deux critères majeurs de la dépression, en concédant par ailleurs que la recourante souffrait d'une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable et que les traitements avaient jusque-là échoué. Ces deux derniers indicateurs, qualifiés d'importants par le Tribunal fédéral, apparaissent avoir été relégués à l'arrière-plan par les auteurs du rapport considéré, sur lequel l'intimé s'est fondé pour rendre la décision attaquée. L'appréciation des ressources mobilisables de la recourante et de l'impact sur ces dernières de ses atteintes à la santé n'a pas été effectuée dans une perspective

A/2374/2015 - 22/25 - suffisamment globale, intégrant les interférences entre les diverses atteintes à la santé de la recourante, y compris sa fibromyalgie. Il y aurait lieu d'investiguer, dans ce contexte, si la recourante souffre, ainsi que l'indique sa psychiatre traitante, un retard mental léger. À propos de l'examen de cohérence requis par la nouvelle jurisprudence, il sied de relever que les deux médecins traitants de la recourante ont noté respectivement, s'agissant du Dr G\_\_\_\_\_, que cette dernière avait une compliance optimale et qu'il y avait concordance entre ses plaintes et l'examen clinique, et, s'agissant de la Dresse J\_\_\_\_\_, qu'elle était collaborante, et qu'à ces égards les experts du SMR n'ont pas relevé d'éléments contraires, ni n'ont noté que la recourante n'aurait pas mis à profit les traitements prescrits par ses médecins traitants. Enfin, s'il est vrai que la recourante ne subissait pas une totale perte d'intégration sociale, il apparaît cependant, à lire notamment la description que lesdits experts ont faite dans leur rapport du quotidien de la recourante, que ce dernier se caractérise par un repli sur elle-même et pour l'essentiel sur ses enfants ; le fait de regarder la télévision, en particulier le téléjournal et l'émission « Top Model », ne saurait être tenu pour un indice d'intégration sociale un tant soit peu substantielle. En conclusion, force est de retenir qu'au regard de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, le rapport d'examen des spécialistes du SMR ne peut se voir reconnaître force probante s'agissant du caractère non invalidant de la fibromyalgie reconnue sur le plan rhumatologique. e. Un renvoi de la cause à l'autorité décisionnaire pour mise en œuvre d'un complément d'expertise est possible, voire nécessaire, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise administrative ou de demander un complément à l'expert, et ce même depuis que le Tribunal fédéral a restreint le choix du juge de ne pas diligenter lui-même une expertise judiciaire lorsque l'instruction doit être complétée pour élucider des faits pertinents appelant l'expertise d'un spécialiste et que l'expertise administrative ne se révèle pas probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3 ; ATAS/204/2016 du 15 mars 2016 consid. 3b). Il sied cependant de préciser que les experts du SMR ayant rendu le rapport précité ne se trouvent pas disqualifiés du fait de la conclusion que celui-ci n'a pas force probante sur la question considérée, pour compléter eux-mêmes leurs investigations dans la mesure utile et compléter, voire corriger leur

rapport sur cette question. Il n'y a pas d'indice qu'ils auraient manifesté de la prévention à l'endroit de la recourante. L'intimé reste néanmoins libre de requérir ces compléments et nouvelle appréciation de la part d'autres experts s'il l'estime plus opportun.

## **E. 9**

a. Le fait que la situation médicale de la recourante ne soit pas définitivement établie n'est pas susceptible d'affecter uniquement l'appréciation que l'intimé a retenue concernant sa capacité de travail et de gain dans la sphère professionnelle, et ce potentiellement non seulement pour évaluer l'impact de ses atteintes à la santé sur lesdites capacités et définir ses limitations fonctionnelles, mais aussi pour le

A/2374/2015 - 23/25 - choix du tableau approprié des ESS pour déterminer le revenu d'invalidé. C'est le lieu de relever que si le tableau retenu en l'espèce par l'intimé – à savoir le tableau TA1 des ESS, pour femme, domaine d'activité total dans des activités de niveau 4 simples et répétitives sans formation professionnelle préalable – recouvre certes un large éventail d'activités, l'intimé n'en doit pas moins avoir une appréciation concrète des activités effectivement susceptibles d'être exercées (sur un marché du travail équilibré) et qu'en l'occurrence, s'ils ont conclu à une capacité de travail de 0 % comme femme de ménage mais de 100 % dans une activité adaptée, les experts du SMR eux-mêmes ont ajouté que cette pleine capacité de travail devait être traduite en termes de métier par un spécialiste en réadaptation, ce qui exclut une appréciation toute générale de la question et n'apparaît ni avoir été faite ni même avoir été envisagée par l'intimé. b. Il importe aussi que la situation médicale soit pleinement établie pour que l'enquête économique sur le ménage puisse être faite sur des bases fiables, quand bien même il est admis qu'une telle enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels, pourvu qu'elle soit faite par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux (ATF 128 V 93). Or, en l'espèce, il apparaît douteux que l'enquêtrice a eu une bonne connaissance de la situation médicale de la recourante (indépendamment du fait que cette situation s'avère non définitivement établie). En effet, elle n'a cité, en introduction à son rapport, qu'un seul des diagnostics estimés avoir des répercussions sur la capacité de travail de la recourante retenus par les experts du SMR, à savoir celui de rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis avec kystes radiculaires de Tarlov, alors que lesdits spécialistes avaient retenu en outre ceux de gonarthrose bilatérale modérée, périarthrite scapulo-humérale bilatérale avec probable tendinite du sus-épineux et des deux longs chefs des biceps, et coxarthrose discrète bilatérale, en plus d'autres diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail (dont celui de fibromyalgie). Si – question en l'état ouverte – il fallait retenir un caractère invalidant à la fibromyalgie de la recourante, l'appréciation des empêchements de cette dernière pour l'accomplissement de ses tâches ménagères pourrait devoir être modifiée de façon potentiellement significative, et il faudrait en outre intégrer l'atténuation de la force probante reconnue de façon générale aux enquêtes économiques sur le ménage tenant au fait que celles-ci ne constituent pas un moyen de preuve (pleinement) adéquat lorsque l'empêchement résulte de troubles d'ordre psychique, si bien qu'un avis médical de la question pourrait devoir être sollicité et/ou inclus dans l'appréciation desdits empêchements (VSI 2001, p. 158, consid. 3c et p. 159 consid. 3d ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 5.1.1 et du 26 juillet 2004, I 155/04, consid. 3.2).

A/2374/2015 - 24/25 - c. Il s'ensuit qu'il n'y a pas lieu en l'état pour la chambre de céans de statuer formellement sur les griefs soulevés par la recourante autres que celui que le rapport des experts du SMR sur lequel l'intimé s'est fondé pour rendre la décision attaquée n'a pas force probante sur la question de la fibromyalgie.

#### **E. 10**

a. Le présent recours doit être admis partiellement et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision, non sans que soit examiné, préalablement à la prise d'une nouvelle décision, si la situation médicale de la recourante dûment établie, il ne s'impose pas de modifier l'appréciation de sa capacité de travail et de gain s'agissant de sa sphère professionnelle et de ses empêchements s'agissant de sa sphère ménagère. La nouvelle décision que l'intimé devra rendre devra en tout état reposer sur des faits actualisés. b. La procédure n'étant pas gratuite en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances (donc la chambre de céans), en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (art. 69 al. 1bis phr. 1 LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 200.- (art. 69 al. 1bis phr. 2 in fine LAI). La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- 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 matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à la charge de l'intimé.

\* \* \* \* \*

A/2374/2015 - 25/25 - 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.