

# **GE\_GERICHTE ATAS/529/2018 vom 14. Juni 2018**

GE Cour de justice, 2018-06-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_529\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_529_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/529/2018 du 14 juin 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/529/2018 del 14 giugno 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

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

### **E. 3**

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

### **E. 4**

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé de nier à la recourante le droit à toute prestation par décision du 8 janvier 2016.

### **E. 5**

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de

A/383/2016 - 11/20 - 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).

### **E. 6**

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPG; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

#### **E. 7**

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

#### **E. 8**

Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPG), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative.

A/383/2016 - 12/20 - Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération 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 (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la

situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

#### **E. 9**

En l'espèce, il convient en premier lieu de se poser la question du statut de la recourante, celle-ci contestant celui d'active à 80% que lui a reconnu l'intimé. C'est à juste titre que la recourante reproche à l'enquêtrice d'avoir conclu à un probable taux d'activité de 80% sans motivation. En effet, la recourante - qui n'était âgée que de 46 ans au moment de la décision litigieuse - a toujours proclamé sa volonté de continuer à travailler à 100% si sa santé le lui avait permis. Elle a d'ailleurs toujours travaillé à plein temps précédemment. Certes, c'était avant la naissance de ses enfants. En 2016, date de la décision litigieuse, ceux-ci étaient scolarisés et pris en charge quatre jours sur cinq. Il se serait donc simplement agi, pour la recourante, de trouver une solution de garde pour le mercredi. On relèvera au surplus qu'en 2016, les enfants étaient déjà âgés de 9 et 10 ans et donc déjà dotés d'une certaine autonomie. Conclure arbitrairement que, parce qu'elle a des enfants, la recourante ne pourrait pas travailler à plein temps témoigne d'une méconnaissance de la condition féminine actuelle. D'autant plus dans une situation telle que celle de la recourante, qui doit faire face à des problèmes financiers d'envergure, rendant tout revenu supplémentaire bienvenu. Au vu de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, il convient donc de reconnaître à la recourante un statut d'active à 100%. Ce premier grief de la recourante s'avère bien fondé.

#### **E. 10**

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

A/383/2016 - 13/20 - 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).

#### **E. 11**

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 finalement 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 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).

## **E. 12**

Le Tribunal fédéral a durant longtemps déterminé les conditions auxquelles des tableaux cliniques psychosomatiques (cf. ATF 137 V 64, consid. 4.3, p. 69) pouvaient donner droit à une rente d'invalidité (ATF 130 V 352, consid. 2.2.2, p. 353, ATF 131 V 49, consid. 1.2, p. 50) en se basant sur la présomption qu'il était possible de surmonter un trouble douloureux somatoforme ou ses effets par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail pouvait résulter de facteurs déterminés, qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Au premier plan figurait l'existence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Les autres critères déterminants étaient : la présence d'affections corporelles chroniques, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au

A/383/2016 - 14/20 - plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, « fuite dans la maladie ») et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Mais dans un arrêt relativement récent (9C\_492/2014 du 3 juin 2015), notre Haute Cour a repensé la jurisprudence établie depuis l'ATF 130 V 352 en tenant compte, d'une part, de l'expérience accumulée au cours des onze années s'étant écoulées depuis cet arrêt de principe, d'autre part, des critiques formulées par la doctrine médicale et juridique à l'encontre de cette jurisprudence et de sa mise en œuvre. Le Tribunal fédéral a choisi de remplacer le modèle règle/exception ayant cours jusqu'alors par une grille d'analyse structurée et normative (arrêt op. cit. consid. 3.6). Il préconise une nouvelle méthode pour apprécier la question de savoir si le trouble douloureux diagnostiqué entraîne une incapacité de travail entière ou partielle : au moyen d'un catalogue d'indicateurs, la capacité de travail effectivement atteignable est soumise à une appréciation symétrique sans résultat prédéfini – qui tient compte des facteurs extérieurs incapacitants, d'une part, des potentiels de compensation (ressources), d'autre part (arrêt op. cit. consid. 3.6). Il sied toutefois de souligner que l'abandon de la présomption du caractère surmontable de la douleur n'a pas d'influence sur l'exigibilité et la nécessité d'une preuve objective : il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

## **E. 13**

Les observations médicales constituent le point de départ de l'examen du droit à la rente conformément aux art. 4 al. 1 LAI et 6ss LPGA (en particulier l'art. 7 al. 2 LPGA) : une limitation de la capacité de travail ne peut donner droit à des prestations que si elle résulte d'une atteinte à la santé ayant fait l'objet d'un diagnostic indiscutable, établi par un médecin spécialiste de la discipline concernée) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (arrêt op. cit., consid. 2.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3).

#### **E. 14**

Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La

A/383/2016 - 15/20 - question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas. Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. L'égalité de traitement commande en effet de soumettre tous les tableaux cliniques présentant des syndromes sans origine pathogène ou étiologique claire aux mêmes exigences en matière d'assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 5). Ainsi, les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

#### **E. 15**

La nouvelle approche préconisée par le Tribunal fédéral entraîne des adaptations dans la formulation des indicateurs et un certain élargissement matériel des aspects déterminants de l'examen. S'il est ainsi possible de se baser sur la liste de critères utilisée jusqu'alors, cette liste doit cependant être utilisée en tenant toujours compte des circonstances du cas particulier (il ne s'agit pas d'une « check-list où il suffit de cocher des rubriques ») et elle n'est pas non plus immuable en tant que telle, mais ouverte aux connaissances médicales nouvellement établies qui, en tant que réalités juridiques, marquent la conception de la liste de leur empreinte (cf. arrêt op. cit. consid. 4.1.1). Il s'impose dès lors d'abandonner l'importance prioritaire de la comorbidité psychique et de renoncer à faire référence au bénéfice primaire de la maladie. On ne parle plus de « critères » mais d'« indicateurs », c'est-à-dire d'éléments de preuve déterminants servant à établir un état de fait donné (arrêt op. cit. consid. 4.1.29.), les réponses des experts médicaux constituant des indices devant aider à pallier à la difficulté d'apporter la preuve dans l'évaluation de l'incapacité de travail lors de troubles psychosomatiques. Ces indicateurs peuvent être systématisés de la manière suivante :

catégorie « degré de gravité fonctionnel »

- complexe « atteinte à la santé » : - expression des éléments pertinents pour le diagnostic - succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard - comorbidités

- complexe « personnalité » : diagnostic de la personnalité, ressources personnelles

- complexe « contexte social »

catégorie « cohérence » (comportement )

A/383/2016 - 16/20 -

- limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines de la vie

- poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie (cf. traitements et réadaptation)

## **E. 16**

1. Le premier indicateur mentionné est celui de « l'expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes ». A cet égard, on attend des experts que leurs constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles qui résultent de l'atteinte des conséquences (directes) de facteurs non assurés. C'est dans ce cadre qu'il convient d'examiner, par exemple, s'il y a exagération, sans qu'il faille a priori exclure de ce fait une atteinte à la santé significative sur le plan juridique. La gravité de l'évolution de la maladie doit aussi être rendue plausible à l'aide de tous les éléments disponibles provenant de l'étiologie et de la pathogenèse déterminantes pour le diagnostic. 2. Le second indicateur mentionné est le succès du traitement ou la résistance à cet égard, c'est-à-dire l'évolution et le résultat des thérapies.

L'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée, réalisée lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif, alors qu'on ne pourra rien déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie si, en revanche, le traitement resté sans résultat ne correspond pas (ou plus) à l'état actuel de la médecine ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce. Les troubles psychiques de type somatoforme ne sont considérés comme invalidants que s'ils sont graves et qu'ils ne peuvent pas (ou plus) être traités médicalement, ce qui découle a contrario de la jurisprudence constante (parmi beaucoup d'autres, cf. arrêt 9C\_736/2011 du 7 février 2012, consid. 4.2.2.1 et autres références citées) à laquelle le Tribunal fédéral considère qu'il convient de se tenir. 3. Le troisième indicateur réunit les anciens critères de « comorbidité psychiatrique » et de « maladies physiques concomitantes », en vertu de la nécessité de l'approche globale des interactions et autres corrélations du trouble douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes préconisée par le Tribunal fédéral.

Il est renoncé à l'importance prépondérante accordée jusqu'alors à la comorbidité psychiatrique : la comorbidité psychique n'est plus prioritaire 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 la personne assurée de ressources.

L'importance accordée jusque là à « sa gravité, son acuité et sa durée » n'est plus relevante.

Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel, n'est pas une comorbidité mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.

Le Tribunal fédéral, s'interrogeant sur l'existence d'une relation linéaire entre le nombre de douleurs physiques ne s'expliquant pas suffisamment d'un point de vue

A/383/2016 - 17/20 - organique et le degré de gravité de l'atteinte fonctionnelle, a souligné qu'il convenait d'éviter de retomber dans un examen schématique de type « plus le nombre des diverses plaintes est grand, plus les limitations fonctionnelles sont élevées ». 4. A ces trois premiers indicateurs concernant le degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, s'ajoute un quatrième, relatif à la personnalité. En effet, du fait de la prise en compte renforcée des ressources, le complexe de la personnalité (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales) gagne en importance. Il s'agit de tirer des déductions sur la capacité de travail et de clarifier les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé. Mais, vu que le diagnostic de la personnalité dépend dans une plus forte mesure du médecin qui effectue les examens que d'autres indicateurs, les exigences en matière de motivation sont ici particulièrement élevées (cf. arrêt op. cit. consid. 4.3.2). 5. Enfin, le contexte social, qui influence aussi la manière dont se manifestent concrètement les effets de l'atteinte à la santé, constitue un cinquième indicateur.

#### **E. 17**

L'aspect de la cohérence étant décisif en matière de preuve (arrêt op. cit. consid. 4.4), des indicateurs sont là aussi envisagés par le Tribunal fédéral. 1. En premier lieu, celui de la limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie, qui revient à se demander si la limitation en question se manifeste de la même manière dans la profession et l'activité rémunérée (ou, pour les personnes sans activité lucrative, dans les actes habituels de la vie), d'une part, et dans les autres domaines de la vie (p. ex. l'organisation des loisirs), d'autre part. Il est recommandé d'effectuer une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant la survenance de l'atteinte à la santé. Le niveau d'activité de la personne assurée doit toujours être considéré en relation avec l'incapacité de travail alléguée (arrêt op. cit. consid. 4.4.1). 2. En second lieu, la prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet (en complément au point de vue du succès du traitement et de la réadaptation ou de la résistance à ceux-ci) d'évaluer le poids effectif des souffrances. Un comportement manquant de cohérence est, là aussi, un indice que la limitation alléguée serait due à d'autres raisons qu'une atteinte à la santé assurée (arrêt op. cit. consid. 4.4.2).

#### **E. 18**

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 LPGA), 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

A/383/2016 - 18/20 - 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). Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

#### **E. 19**

Il convient encore de préciser que les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve : il convient de procéder à un examen global du cas particulier avec ses spécificités et les griefs invoqués et d'examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée - le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes - permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut suffire (cf. arrêt du TF op. cit. consid. 8).

#### **E. 20**

En l'espèce, se pose tout d'abord la question de la valeur probante à accorder au rapport d'expertise pluridisciplinaire. Contrairement à ce que soutient la recourante, ce rapport répond aux réquisits de la nouvelle jurisprudence en matière de trouble somatoforme et de fibromyalgie, puisqu'il examine les différents indicateurs nouvellement énumérés. Qui plus est, ses conclusions sont cohérentes, convaincantes et étayées par une anamnèse et une description détaillées des plaintes et des observations cliniques des examinateurs. En outre, force est de constater que les médecins traitants n'ont amené aucun élément objectif qui aurait été négligé lors de l'expertise. En particulier, le psychiatre traitant actuel a convenu qu'une péjoration avait pu se produire entre le moment de l'expertise - en décembre 2015 - précédant donc de peu la décision litigieuse - et le début de son suivi, entamé près d'une année plus tard, en septembre 2016. Eu égard à ces éléments, rien ne justifie donc de s'écarter des conclusions des experts. S'agissant en particulier de la spondylarthrose ankylosante mentionnée par le médecin traitant et le Dr F\_\_\_\_\_ en 2012, les experts ont expliqué de manière détaillée - contrairement à ce qu'allègue la recourante - les raisons pour lesquelles

A/383/2016 - 19/20 - ils ont considéré qu'elle n'était pas active. Ils ont expliqué que la symptomatologie était « peu évocatrice » d'une atteinte active (p. 19 du rapport), fait corroboré par une expansion thoracique de 6 cm., un indice de Schober compatible avec une mobilité intervertébrale, l'absence d'arthrite périphérique et l'absence de signes d'ankylose vertébrale sur les radiographies de la colonne dorsale. C'est pour toutes ces raisons qu'ils ont finalement estimé que les douleurs des ceintures et de la racine des membres étaient plutôt à mettre en relation avec une fibromyalgie, diagnostic par ailleurs confirmé par leurs autres observations cliniques et la présence de signes de non-organicité. Au vu des différentes observations des experts - existence d'une exagération des symptômes, absence

de perte d'intégration sociale, mauvaise compliance admise de la part de l'assurée - et donc résistance au traitement -, existence de ressources personnelles sous la forme d'une certaine résilience, notamment -, leurs conclusions en faveur d'une pleine capacité de travail conservée dans l'activité habituelle à condition de respecter les limitations du prof. D \_\_\_\_\_ ne peuvent qu'être suivies. Pour le reste, il est loisible à l'assurée de déposer une nouvelle demande de prestations si elle considère qu'il y a eu, postérieurement à la décision litigieuse, une péjoration de son état de santé susceptible d'influencer favorablement son droit aux prestations. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Étant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/383/2016 - 20/20 -

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.