

# **GE\_GERICHTE ATAS/647/2017 vom 18. Juli 2017**

GE Cour de justice, 2017-07-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_647\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_647_2017)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/647/2017 du 18 juillet 2017

IT: GE\_GERICHTE ATAS/647/2017 del 18 luglio 2017

## **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), 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 a été rendue en application de 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). Interjeté le 19 décembre 2016 contre la décision litigieuse du 18 novembre 2016 reçue le 22 novembre 2016, le recours a été formé en temps utile (art. 60 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Touchée par ladite décision, et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification, la recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Le recours est donc 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 ; il n'est pas lié par les faits allégués et les preuves offertes par les parties ; il doit

A/4325/2016 - 12/24 - s'attacher à établir les faits de manière correcte, complète et objective (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 ; Ueli KIESER, ATSG Kommentar, 3ème éd., 2015, n. 13 ss ad art. 43, n. 95 ss ad art. 61 ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance- invalidité, Commentaire thématique, 2011, n. 2623 et 2862 ss). Restent cependant réservés les cas de demandes de révision de rentes d'invalidité dans lesquels, à teneur de l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), il appartient à l'assuré, pour que l'intimé doive entrer en matière sur sa demande, de rendre plausible que (notamment) son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits, cas dans

lesquels l'intimé doit lui impartir un délai raisonnable pour satisfaire à cette obligation et déposer ses moyens de preuve pertinents, en l'avertissant qu'il n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5), à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst; ATF 124 II 265 consid. 4a). 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). 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). Pour pouvoir se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, l'administration ou le juge, sur recours, doivent disposer de documents émanant d'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes. Il importe que les rapports médicaux sur lesquels l'administration ou le juge s'appuient comportent une étude fouillée des points litigieux importants, se fondent sur des examens complets, prennent également en considération les plaintes exprimées, aient été établis en pleine connaissance du dossier (anamnèse), décrivent clairement les interférences et enfin contiennent des conclusions bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux, lignes qu'il n'y a pas lieu de rappeler ici dans le détail. Il sied de relever que 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les

A/4325/2016 - 13/24 - 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. 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). 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\_518/2007 du 14

juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 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-FELLY, op. cit., n. 81 ss).

### **E. 3**

Le litige porte sur la question de savoir si – après avoir, par une même décision de l'intimé, obtenu d'abord un trois-quarts de rente d'invalidité puis une demie-rente d'invalidité (décision équivalent à ce dernier sujet à une révision du trois-quarts de rente alloué) –, la recourante peut être mise au bénéfice d'un trois-quarts de rente d'invalidité ou même d'une rente entière d'invalidité, autrement dit si son invalidité, reconnue de 52 %, s'est péjorée au point d'influencer son droit à une rente d'invalidité. La question est aussi de savoir, le cas échéant, si elle a droit à des mesures de réadaptation.

A/4325/2016 - 14/24 - La position de l'intimé n'étant pas claire, voire étant ambiguë à ce propos, il sied de préciser que la question n'est pas de savoir si la recourante a rendu plausible que son état de santé s'est modifié de façon notable et, donc, si l'intimé devait entrer en matière sur sa demande de prestations, en particulier d'augmentation de sa rente d'invalidité. Non seulement la recourante a rendu une aggravation de son état de santé plausible, mais aussi et surtout l'intimé est entré en matière sur sa demande de prestations, estimant même, après avoir requis des rapports de ses médecins traitants, qu'elle devait être soumise à une expertise médicale pluridisciplinaire. Il devait dès lors procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 109 V 108 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_127/2017 du 14 juin 2017 consid. 3.3 ; 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2) et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_412/2010 du 22 février 2011 consid. 3; Ulrich MEYER/ Marco REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), in STAUFFER/ CARDINAUX [éd.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 3ème éd. 2014, n. 139 ad art. 30-31 LAI). La décision attaquée doit être tenue pour un refus non n'entrer en matière, mais d'accorder à la recourante un trois-quarts de rente d'invalidité ou une rente entière d'invalidité.

### **E. 4**

a. 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]), à savoir, s'agissant d'une demande de révision d'une demie-rente d'invalidité, durant la période s'étant écoulée entre la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente et le jour où la décision attaquée a été rendue. b. En l'espèce, la

dernière décision en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit remonte au 24 janvier 2008, date de la décision par laquelle l'intimé a reconnu la recourante invalide, concernant la période débutant le 1er août 2007, à un degré de 52 % et lui a octroyé, dès cette date, une demie-rente d'invalidité. Il n'apparaît pas, en effet, qu'un tel examen a précédé les décisions de maintenir tel quel le droit de la recourante à une demie-rente d'invalidité que l'intimé a communiquées à cette dernière les 8 février 2010 et 22 septembre 2011 ; les avis médicaux que l'intimé avait requis des médecins traitants de la recourante lors de ces deux procédures de révision – et dont il s'est contenté – ont été des plus sommaires. Aussi faut-il retenir que les faits déterminants pour statuer sur le présent litige sont ceux qui se sont produits depuis le 25 janvier 2008, sans tenir compte à cet égard des communications précitées des

## **E. 8**

février 2010 et 22 septembre 2011, même si, en règle générale, de telles

A/4325/2016 - 15/24 - communications, si elles ne sont pas suivies d'une demande de décision (art. 74quater RAI), peuvent constituer le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de rente (Michel VALTERIO, op. cit., n. 3067). c. Le droit applicable sur le plan matériel est donc, s'agissant de la LAI, celui qui résultait de la 5ème révision de la LAI du 6 octobre 2006, entrée en vigueur le 1er janvier 2008, puis, dès le 1er janvier 2012, le droit actuellement issu de la révision dite 6a de la LAI du 18 mars 2011, entrée en vigueur le 1er janvier 2012. Ces révisions de la LAI – à l'instar d'ailleurs de la 4ème du 21 mars 2003, entrée en vigueur le 1er janvier 2004 –, n'ont au demeurant pas amené de modifications substantielles 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 matérielles de la LPGA, qui 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 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). 5. a. Comme le litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à une augmentation de sa demie-rente d'invalidité (allouée dès le 1er août 2008 sur la base d'un degré d'invalidité de 52 % et non remise en question) et/ou à des mesures de réadaptation, il sied de rappeler que ces deux types de prestations de l'AI (rente et mesures de réadaptation) font référence à la notion d'invalidité. 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 d'accomplir les travaux habituel 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).

A/4325/2016 - 16/24 - La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique (ATF 110 V 273 consid. 4a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Pierre-Yves GREBER, op. cit., vol. I, n. 156 ss, 160 ss), même si elle comprend un aspect médical important puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, attestée médicalement (consid. 2c). c. 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). Quant à lui, l'octroi de mesures de réadaptation, destinées aux assurés invalides ou menacés d'invalidité (art. 8 al. 1 in initio LAI), suppose qu'elles soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain desdits assurés ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels – sous réserve, selon l'art. 8 al. 2 LAI, des mesures médicales nécessaires au traitement des maladies congénitales (art. 13 LAI) et des moyens auxiliaires (art. 21 LAI) – et que les conditions propres à chacune de ces mesures soient par ailleurs remplies (art. 8 al. 1 LAI ; Pierre-Yves GREBER, 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. 242 ss, 254 ss, 257 ss). 6. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du

## **E. 13**

juillet 2006 consid. 4.1).

A/4325/2016 - 17/24 - 7. a. Comme il est question en l'espèce notamment d'une fibromyalgie, au titre des atteintes à la santé ayant péjoré l'état de santé de la recourante, il

sied d'exposer brièvement le cadre juridique de cette pathologie. b. Il a déjà été relevé (cf. consid. 5b), à propos de la notion d'invalidité, qu'une atteinte à la santé n'est prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain (ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur la capacité d'accomplir les travaux habituels), effets qu'il y a lieu d'évaluer en intégrant les efforts de volonté raisonnablement exigibles de la part de l'assuré. Les atteintes à la santé pertinentes peuvent être des atteintes à la santé physique, mentale ou psychique, y compris psychosomatique. Cette dernière catégorie d'atteintes comporte les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable (appelées aussi « troubles somatoformes douloureux ») et d'autres affections psychosomatiques assimilées, dont précisément la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 3 et 4.1). Dans un arrêt de principe du 12 mars 2004 (ATF 130 V 352), le Tribunal fédéral avait posé la présomption que les affections psychosomatiques pouvaient être surmontées par un effort de volonté raisonnablement exigible, si bien que les personnes concernées n'avaient en règle générale aucun droit à une rente de l'assurance-invalidité. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Au premier plan de ces critères figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée; d'autres critères pouvaient tenir à un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit mais apportant un soulagement du point de vue psychique, l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, en dépit d'une attitude coopérative de l'assuré. Plus ces critères se manifestaient et imprégnaient les constatations médicales, moins une exigibilité d'un effort de volonté pouvait être admise; à l'inverse, le droit à des prestations d'assurance devait être nié si des limitations d'exercice d'une activité lucrative résultaient d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, comme une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeuraient vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par l'assuré et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissaient l'expert insensible, et l'allégation d'un lourd handicap malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65; 131 V 49; 130 V 352; Michel VALTERIO, op. cit., n. 1199 ss). c. Or, selon un nouvel arrêt de principe rendu par le Tribunal fédéral le 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), il n'y a plus de présomption selon laquelle les syndromes

A/4325/2016 - 18/24 - du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. 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 ; Jacques-André SCHNEIDER, L'invalidité, les douleurs dites « non objectivables » et le Tribunal fédéral : la rupture, in Regards de marathoniens sur le droit suisse, 2015, p. 409 ss ; Bettina

KAHIL-WOLFF, Revirement au sujet d'atteints non objectivables : l'ATF 141 V 281 (troubles somatoformes douloureux) et l'ATF 141 V 574 (« coup du lapin »), in Journées du droit de la circulation routière, éd. par Franz WERRO / Thomas PROBST, 2016, p. 135 ss). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. 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'assuré 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. Les déductions tirées des indicateurs précités doivent ensuite être soumises à un examen de cohérence au regard des indicateurs liés au comportement de l'assuré. Il s'agit d'examiner si l'assuré est limité 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

A/4325/2016 - 19/24 - ou une mauvaise acceptation d'un traitement recommandé est ou non une conséquence inévitable d'une anosognosie. 8. a. En l'espèce, c'est exclusivement (ou pour le moins essentiellement) en considération de problèmes somatiques dorsaux que la recourante, par décision du 24 janvier 2007, s'était vue reconnaître une invalidité (d'un taux ayant varié au fil du temps, en dernier lieu, dès courant 2007, de 52 %) et octroyer une rente d'invalidité (en dernier lieu une demie-rente d'invalidité). L'intimé avait soumis la recourante, en 2004, à un examen clinique bidisciplinaire, respectivement d'un spécialiste en médecine physique et rééducation et d'un psychiatre, tous deux du SMR, examen dont il était résulté d'une part qu'elle souffrait alors de lombosciatalgies droites chroniques impliquant des limitations fonctionnelles incompatibles avec l'exercice de son activité alors habituelle de femme de chambre et lingère, mais d'autre part qu'elle ne présentait aucune incapacité de travail dans le domaine psychiatrique, l'examen psychiatrique n'ayant montré aucune pathologie ni en particulier de syndrome douloureux somatoforme persistant. Le nouvel examen clinique, effectué en mars 2005 par le SMR après que la recourante avait dû subir une intervention chirurgicale en lien avec ses problèmes dorsaux, avait confirmé l'effet incapacitant de ses dorsolombalgies chroniques sur troubles dégénératifs, un syndrome algique chronique de type fibromyalgie modérée ayant été estimé n'avoir aucun effet sur la capacité de travail. À l'occasion d'un nouvel arrêt de travail de la recourante, en 2007, la Dre E\_\_\_\_\_ n'avait pas évoqué de fibromyalgie, mais des lombalgies chroniques

et un état dépressif sous-jacent, et le psychiatre F\_\_\_\_\_, auquel ledit médecin l'avait adressée, n'avait noté que des symptômes dépressifs légers. S'il est vrai que, postérieurement à la décision précitée du 24 janvier 2008 (et même aux communications des 8 février 2010 et 22 septembre 2011), donc dans le cadre de l'instruction de la demande de révision présentée par la recourante, des médecins ont fait mention d'une fibromyalgie déjà ancienne (remontant au début des années 2000), il n'y a pas d'élément au dossier qui permette de considérer qu'une telle pathologie avait été prise en considération pour retenir que la recourante était invalide, au taux de 52 % dès le 1er août 2008. b. La recourante a bénéficié d'un reclassement professionnel, qui lui a permis d'exercer l'activité d'ouvrière en horlogerie à mi-temps (50 %), comme employée dès le 1er septembre 2007, durant plusieurs années. Elle s'est cependant retrouvée en totale incapacité de travail, attestée médicalement, dès le 5 mars 2012, en raison de paresthésies nocturnes des deux mains, insomniantes et douloureuses, avec gêne, maladresse et diminution de la sensibilité. Le chirurgien de la main G\_\_\_\_\_, qui l'a opérée les 5 mars et 2 juillet 2012, a attesté, le 13 septembre 2012, qu'elle avait alors encore une totale incapacité de travail en raison d'un tunnel carpien bilatéral et d'une épicondylite bilatérale et a signalé, en les estimant alors sans effet sur la capacité de gain, des douleurs diffuses aux poignets et aux articulations en cours d'investigation. C'est dans ce contexte, alors que des examens effectués (échographie, IRM, ENMG) ne paraissaient pas révéler d'importants troubles

A/4325/2016 - 20/24 - somatiques, qu'a été évoqué de façon plus explicite un tableau de douleurs chroniques diffuses, qui ressemblait bien à une fibromyalgie, en plus de problèmes plus ponctuels de tendinite de De Quervain droite et d'épicondylite bilatérale (rapport du rhumatologue I\_\_\_\_\_ du 14 septembre 2012), diagnostic incapacitant que la généraliste traitante, la Dre E\_\_\_\_\_, a repris dans son rapport du 24 octobre 2012, aux côtés d'une épicondylite et d'un état dépressif, en notant que le status post canal carpien bilatéral, un glaucome et une hypertension artérielle également diagnostiqués étaient quant à eux sans effet sur la capacité de travail. Se prononçant par le biais d'un rapport très succinct (reçu le 1er novembre 2012), le psychiatre F\_\_\_\_\_ n'a pas même évoqué une fibromyalgie, mais un trouble dépressif de 2007 en rémission, tout en estimant, en dehors de sa sphère de spécialité, que les troubles moteur de la recourante affectaient la capacité de travail de cette dernière, à 100 % dans l'activité habituelle d'ouvrière en horlogerie, et à un taux indéterminé dans une activité qui serait adaptée à ses limitations fonctionnelles. De son côté, en novembre 2012, le rhumatologue I\_\_\_\_\_ a répété que la recourante souffrait d'une fibromyalgie, d'une épicondylite gauche et d'un état dépressif. En décembre 2012, la recourante a dû subir une intervention chirurgicale effectuée par le chirurgien de la main L\_\_\_\_\_ (décompression du nerf médian au canal carpien). En 2013, le 27 avril, le rhumatologue I\_\_\_\_\_ a attesté à nouveau que la recourante souffrait, avec effet sur sa capacité de travail, d'une fibromyalgie et d'une épicondylite au coude gauche rebelle à tout traitement, sans se prononcer sur sa capacité de travail. La Dre M\_\_\_\_\_ du SMR a alors estimé, le 20 septembre 2013, et, à sa suite, l'intimé, selon sa communication du 4 octobre 2013, qu'il était nécessaire qu'une expertise soit effectuée dans cinq spécialités médicales, à savoir la médecine interne, la rhumatologie, la neurologie, la chirurgie de la main et la psychiatrie. En dépit de l'introduction d'un tel mandat d'expertise dans la plateforme électronique SuisseMed@P en date du 4 octobre 2013, aucun centre d'expertises n'a été désigné pour effectuer ladite expertise, durant plus d'une année et demi, et l'intimé a soudainement estimé, en juin 2015, qu'aucune expertise n'était nécessaire et a révoqué – sans même entendre la recourante à ce propos – sa décision d'effectuer ladite expertise et

retiré ledit mandat d'expertise de la plateforme précitée. Dans l'intervalle, la recourante avait effectué, du 24 novembre au 10 décembre 2014, un stage d'évaluation de sa capacité de travail auprès de PRO entreprise sociale privée, stage qui s'était soldé par un constat d'incapacité de la recourante de travailler dans l'économie eu égard à l'importance de ses douleurs, l'empêchant de travailler davantage que deux fois deux heures par jour et l'obligeant à se coucher au milieu de l'atelier en période de crise (cf. pièce 213 OAI) ; de plus, en mars 2015, elle avait dû subir une reprise chirurgicale en lien avec ses problèmes dorsaux. Les éléments médicaux qui ont été recueillis par l'intimé en 2016 auprès des médecins traitants, après que la recourante avait émis des objections à l'encontre du projet de décision de rejeter sa demande de prestations, ont présenté un caractère insuffisant et pour partie peu admissible, qui n'ont pas amené l'intimé à requérir

A/4325/2016 - 21/24 - des compléments, précisions, voire des rectifications de la part desdits médecins, ni ne l'ont dissuadé de rendre formellement la décision attaquée, dans la ligne de son projet de décision. Il n'était en effet pas admissible que le chirurgien de la main L\_\_\_\_\_, qui n'avait plus vu la recourante depuis février 2013, réponde « NON » (en lettres majuscules) aux questions relatives à la compliance de la recourante et de la bonne concordance entre les plaintes de cette dernière et l'examen clinique, alors qu'il estimait ne pas pouvoir se prononcer sur les diagnostics et leur influence sur la capacité de travail, et ajoute, avec un point d'exclamation en disant long sur sa prévention à l'égard d'une telle pathologie, que la recourante était « connue pour fibromyalgie ! ». Quant à lui, le psychiatre F\_\_\_\_\_ s'est contenté d'indiquer que l'état de santé de la recourante ne s'était pas modifié de façon notable du point de vue psychiatrique, sans que l'intimé ne l'invite à se déterminer de façon plus détaillée sur l'éventualité et le cas échéant de l'effet incapacitant d'une fibromyalgie au regard des critères jurisprudentiels pertinents. Quant au médecin traitant, il a indiqué pêle-mêle des diagnostics incapacitants sans distinguer ceux qui l'avaient été durant une certaine période et ceux qui l'étaient encore ou l'étaient devenus par la suite, dont la fibromyalgie ; il évoquait cependant une persistance de lombalgies chroniques et de douleurs aux deux coudes et aux deux mains, considérait que la recourante était totalement incapable de poursuivre son activité habituelle d'ouvrière en horlogerie, mais évoquait une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée à 40 % depuis le 1er janvier 2014, sans que ne soit clair s'il appliquait ce pourcentage à un plein temps ou, comme semble l'avoir compris l'assurée, un mi-temps, ni s'il s'ajoutait, le cas échéant de façon pondérée, au taux d'incapacité reconnu jusqu'alors. c. Il appert que l'état de santé de la recourante s'est péjoré depuis février 2008, en particulier depuis l'année 2012, quand bien même il est concevable que des incapacités de travail qu'elle a présentées ont été transitoires et que leur traduction en termes d'invalidité ne saurait être considérée comme acquise. Il n'y a pas d'élément dans le dossier et il n'est d'ailleurs pas allégué, même par l'intimé, que la recourante aurait retrouvé une capacité de travail même partielle dans sa précédente activité habituelle de femme de chambre ou lingère ; or, il y en a qu'elle ne pourrait plus non plus exercer l'activité (devenue sa seconde activité habituelle) d'ouvrière en horlogerie (cf. rapport du 31 mars 2016 du Dr N\_\_\_\_\_), ce qui laisse imaginer – point non élucidé par l'intimé – que sa capacité de travail et de gain globale peut avoir diminué, d'une part, et soulève la question – elle aussi non traitée par l'intimé – de savoir dans quels autres domaines elle pourrait exercer une capacité de travail résiduelle et si des mesures de réadaptation pourraient le lui permettre, d'autre part. Force est en outre de retenir qu'une fibromyalgie a été diagnostiquée chez la recourante – notamment par le rhumatologue I\_\_\_\_\_, et ce à réitérées reprises (cf. les rapports dudit médecin des 14 septembre 2012, 11

novembre 2012, 27 avril 2013), mais aussi par la généraliste traitante, la Dre E\_\_\_\_\_ (cf. son rapport du 24 octobre 2012) et son nouveau médecin traitant depuis août 2014 (cf. son rapport

A/4325/2016 - 22/24 - du 31 mars 2016) –, quand bien même elle l'a été en termes assez généraux, sans s'appuyer sur des critères précis, ce que l'intimé n'a cependant pas dit ni surtout n'a cherché le cas échéant à clarifier. Or, l'appréciation du point de savoir si et dans quelle mesure une fibromyalgie, à l'instar des troubles somatoformes douloureux, est incapacitante doit en règle générale faire l'objet d'une expertise psychiatrique (ATF 132 V 65 consid. 4.1 et 130 V 352 consid. 2.2.2 ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 1207 s.). L'avis sommaire qu'a exprimé le psychiatre F\_\_\_\_\_ le 9 février 2016, au demeurant sans même évoquer une fibromyalgie, ne vaut nullement expertise psychiatrique, ni formellement ni matériellement. d. En l'espèce, manifestement gêné par le fait effectivement gênant et problématique qu'aucun centre d'expertises n'avait encore été désigné pour procéder à l'expertise qu'il avait ordonnée vingt mois auparavant (sur la question, cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_547/2015 du 22 avril 2016 et circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur la plateforme SuisseMED@P ; ATAS/431/2017 du 30 mai 2017 consid. 3), l'intimé – se distançant d'une réserve souvent marquée à l'endroit des médecins traitants (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc) – s'est subitement appuyé sur des indications lacunaires et peu satisfaisantes de médecins traitants quant à l'estimation de la capacité de travail résiduelle de la recourante pour estimer qu'aucune expertise n'était nécessaire et qu'il n'était pas démontré que ladite capacité de travail s'était péjorée. L'avis du chirurgien de la main L\_\_\_\_\_ du 1er octobre 2013, selon lequel la recourante avait une capacité de travail de 50 % comme ouvrière en horlogerie et d'au moins 80 % comme huissière ou surveillante, ne pouvait être pertinent dans le contexte du dossier, ni en juin 2015 lorsque l'intimé a retiré le mandat d'expertise de la plateforme SuisseMED@P et communiqué son projet de refuser toute augmentation de rente, ni en novembre 2016 lorsqu'il a confirmé cette intention en rendant la décision attaquée, même si ledit chirurgien de la main avait émis dans l'intervalle, le 10 janvier 2016, son rapport précité à la fois lacunaire et d'une désobligeante subjectivité. Il a en outre écarté hâtivement, sans justifier son point de vue à ce propos, le constat effectué lors du stage d'évaluation de la capacité de travail de la recourante auprès de PRO entreprise sociale privée, à savoir que la recourante ne pouvait pas travailler dans l'économie, en raison de l'importance de ses souffrances. e. Étant entré en matière et en tout état devant entrer en matière sur la demande de prestations présentée par la recourante, l'intimé a violé son devoir d'instruire ladite demande. Cela ne signifie pas que l'intimé ne pouvait pas recentrer l'expertise médicale à effectuer sur les seules disciplines apparaissant vraiment pertinentes, à savoir, en l'occurrence, en lien avec le diagnostic de fibromyalgie, sur la rhumatologie et la psychiatrie exclusivement (cf. ATAS/158/2017 du 28 février 2017 consid. 11), ce qui n'impliquait pas l'attribution d'un mandat d'expertise selon les règles découlant de l'art. 72bis RAI. Il importe en revanche que les questions pertinentes soient soumises à l'expert de chacune des deux disciplines considérées au regard de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral sur les troubles somatoformes

A/4325/2016 - 23/24 - douloureux, dont la fibromyalgie. Si des informations complémentaires relevant d'autres disciplines médicales devaient s'avérer nécessaires, notamment pour pouvoir se prononcer sur la base de données actualisées, il appartiendrait à l'intimé d'interroger les médecins traitants, le cas échéant de façon précise, sans préjudice

de procéder à des examens par l'intermédiaire de médecins spécialisés du SMR. 9. L'intimé ne s'est en outre pas prononcé sur la demande, fût-elle subsidiaire, de mesures de réadaptation. 10. a. Le recours doit être admis partiellement, la décision attaquée être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire, au sens des considérants, puis pour nouvelle décision. b. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI; art. 89H al. 4 LPA), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté au minimum de CHF 200.-. Une indemnité de procédure doit être allouée à la recourante, qui obtient partiellement gain de cause et est représentée par un avocat (art. 61 let. g LPG). Cette indemnité sera arrêtée à CHF 2'000.- (art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03). \* \* \* \* \*

A/4325/2016 - 24/24 - 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.