

# **GE\_GERICHTE ATAS/809/2016 vom 12. Oktober 2016**

GE Cour de justice, 2016-10-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_809\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_809_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/809/2016 du 12 octobre 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/809/2016 del 12 ottobre 2016

## **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) 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.

### **E. 2**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

### **E. 3**

L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

### **E. 4**

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

### **E. 5**

a) En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). b) L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une

A/618/2016 - 8/22 - demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. c) 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). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

## **E. 6**

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 consid. 3.1.; 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). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

## **E. 7**

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

A/618/2016 - 9/22 - Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation

semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

#### **E. 8**

Dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques – plaintes douloureuses diffuses – sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret.

#### **E. 9**

Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a abandonné la présomption prévalant à ce jour, selon laquelle les symptômes du type trouble somatoforme douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement

A/618/2016 - 10/22 - exigible. Néanmoins, l'analyse doit tenir compte d'indicateurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (arrêt op.cit. consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). Dorénavant, la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence. Ces indicateurs sont classés comme suit: I. Catégorie «degré de gravité fonctionnelle» Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3). A. Axe « atteinte à la santé » 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les

limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1). 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé le plus tôt possible sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération

A/618/2016 - 11/22 - optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2). 3. Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2). C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé

ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3). II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (consid. 4.4). A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

A/618/2016 - 12/22 - Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculo-logique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

## **E. 10**

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

A/618/2016 - 13/22 - Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur

une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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 de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

#### **E. 11**

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). Lorsque, 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 353 consid. 3b/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 permet 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. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

#### **E. 12**

Selon l'art. 59 al.2bis LAI, les services médicaux régionaux sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses

A/618/2016 - 14/22 - travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. À cet égard, l'art. 49 RAI prévoit que les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (alinéa 1). Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (alinéa 2). Cependant, l'on ne peut se baser sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux, soit en particulier, en prenant en compte l'anamnèse, en décrivant la situation médicale et ses conséquences; par ailleurs, les conclusions doivent être motivées (ATF 125 V 351). Il n'est toutefois pas nécessaire que l'assuré soit examiné

par les médecins du SMR; ceux-ci ne le font que « au besoin » (49 al. 2 RAI). Dans les autres cas, ils se déterminent sur la base des pièces médicales au dossier. À cet égard, le fait qu'ils n'aient pas procédé à un examen médical n'est pas un motif pour remettre en question leur appréciation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009).

### **E. 13**

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

### **E. 14**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du

A/618/2016 - 15/22 - dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (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).

### **E. 15**

En l'espèce, la recourante se plaint tout d'abord d'un défaut de motivation de la décision querellée en violation de l'art. 49 al. 3 LPGA. Selon elle, la décision ne fournit aucune indication sur les motifs du refus d'une prestation à l'assurance- invalidité, mais constate simplement sa capacité de travail. Elle reproche à l'OAI de reprendre l'avis du SMR

exprimé dans le rapport du 10 août 2015 et de ne pas avoir tenu compte des divers rapports médicaux et attestations d'incapacité de travail qu'elle a fournis. Selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst; RS 101) et l'art. 42 1er phrase LPGa, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, les parties ont le droit d'être entendues. En outre, à teneur de l'art. 49 al. 3 2ème phrase LPGa, les décisions doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation est également déduite de la jurisprudence sur le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst, afin que son destinataire puisse la comprendre et l'attaquer utilement s'il y a lieu, et que l'instance de recours, si elle est saisie, soit en mesure d'exercer pleinement son contrôle (ATF 129 I 232 consid. 3.2; ATF 126 I 97 consid. 2b; ATF 122 IV 8 consid. 2c). En matière d'assurances sociales, on ne saurait fixer des exigences trop élevées en ce qui concerne la motivation des décisions, vu leur nombre important que les autorités compétentes sont appelées à rendre. La motivation des décisions peut dès lors se limiter à l'essentiel, mais celles-ci doivent rester compréhensibles pour les administrés. Il suffit d'indiquer brièvement les considérations qui ont guidé l'administration et sur lesquelles repose la décision (VSI 2001 114). Ainsi, si la motivation doit révéler les réflexions de l'autorité sur les éléments – de fait et de droit – essentiels qui ont influencé sa décision, l'autorité n'est cependant pas tenue de prendre position sur tous les faits, griefs et moyens de preuve invoqués par les parties, mais peut se limiter à ceux qui, sans arbitraire, lui apparaissent décisifs pour la solution de la cause (ATF 126 I 97 consid. 2b; ATF 112 Ia consid. 2b).

A/618/2016 - 16/22 - En l'espèce, pour motiver sa décision l'autorité intimée s'est basée sur les pièces du dossier et sur les rapports médicaux et attestations d'incapacité de travail versés à la procédure par la recourante. Elle a également soumis ces derniers rapports au SMR, qui s'est déterminé à leur sujet. Elle a en outre soumis la recourante à un examen clinique bidisciplinaire par les médecins du SMR, ayant pris position. Par ailleurs, le projet de décision du 23 septembre 2015 a fait l'objet d'une contestation datée du 30 octobre 2015, à laquelle était joint un rapport médical non daté de la Dresse C\_\_\_\_\_. Par la suite, la recourante a également adressé à l'OAI un rapport médical du Dr P\_\_\_\_\_. Ces deux rapports ont également été transmis au SMR, qui s'est prononcé à leur sujet en date du 16 décembre 2016. L'OAI a ainsi retenu que les appréciations du SMR emportaient sa conviction. Bien qu'elle n'ait pas développé davantage les raisons de son choix, il est cependant aisé de suivre le raisonnement de l'autorité intimée. En effet, les médecins du SMR exposent de manière détaillée les raisons les ayant conduits à leurs appréciations et à se distancier de l'avis de leurs confrères. Dans la mesure où l'intimé fait siennes les conclusions desdits médecins, il énonce par là même les motifs pertinents qui l'ont guidé et sur lesquels repose sa décision. Par conséquent, ses explications sont suffisantes pour permettre à la recourante de saisir la portée de la décision entreprise. Preuve en est que celle-ci n'a d'ailleurs pas été empêchée de recourir en connaissance de cause. Par ailleurs, l'OAI n'est pas tenu de se déterminer sur tous les arguments de la recourante. Partant, mal fondé, ce grief doit être rejeté. En outre, l'avis selon lequel l'intimé n'aurait pas tenu compte, dans sa prise de décision, des rapports médicaux et attestations d'incapacité de travail, ne saurait être davantage suivi, puisque lesdits documents figurent bel et bien dans le bordereau de pièces versé à la procédure par l'OAI ainsi que dans le rapport du 11 août 2015 des médecins du SMR, qui les évaluent et analysent.

a) En l'occurrence, l'intimé considère que la recourante ne présente ni limitation fonctionnelle, ni incapacité de travail, quelle que soit l'activité déployée. Il se base pour cela sur le rapport médical établi en date du 10 août 2015 par les médecins du SMR. La recourante a fait l'objet d'un examen clinique bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique par la Dresse M\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, et le Dr N\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, tous deux médecins du SMR. Les médecins du SMR posent les diagnostics de fibromyalgie, de cervicalgies non irradiantes et non déficitaires dans le contexte d'une minime discopathie C4-C5 et protrusion postéro-latérale gauche à ce niveau, de lombalgies communes non irradiantes et sans déficit neurologique dans le contexte d'une discrète discopathie L5-S1 et arthrose facettaire postérieure L4-L5 et L5-S1, de douleurs des membres supérieurs sans substrat organique, d'obésité de classe I avec un BMI à 32,6 kg/m<sup>2</sup> et du status après ablations d'un névrome de Morton et cure d'un hallux valgus gauche le 6 juin 2012. Les médecins du SMR confirment que les diagnostics précités sont sans

A/618/2016 - 17/22 - répercussion sur la capacité de travail et retiennent une capacité de travail exigible de 100% dans l'activité de femme de ménage et dans toute autre activité. Sur le plan rhumatologique, aucune limitation fonctionnelle n'a en effet été retenue. L'incapacité de travail attestée par la Dresse C\_\_\_\_\_ est influencée par l'obésité présente chez la recourante. Cette surcharge pondérale a un effet néfaste sur la colonne lombaire et les articulations des membres inférieures. Afin de pallier cet effet, il est aisément exigible de la recourante qu'elle réduise son poids dans le cadre d'un reconditionnement musculaire du caisson abdominal avec enseignement des mesures ergonomiques. Au niveau cervical et lombaire, les constats radiologiques dont se prévaut la recourante sont compatibles avec le vieillissement de l'âge. L'examen clinique effectué par les médecins du SMR n'a révélé aucune limitation articulaire, ni de déficit neurologique. Aucune tendinopathie du sus-épineux gauche ou d'une atteinte de la coiffe des rotateurs n'a d'ailleurs été observée. Aucun symptôme incapacitant ne peut dès lors être retenu. Les médecins du SMR reconnaissent des courtes périodes d'incapacité de travail qui ne dépassent pas un mois pour l'atteinte à l'épaule gauche en février 2013 et d'une semaine pour les cervicalgies ou les lombalgies, périodes généralement suffisantes pour atténuer les douleurs avec un traitement conservateur. Sur le plan psychiatrique, l'examen clinique n'a mis en évidence aucune pathologie psychiatrique aiguë ou chronique. Le diagnostic d'état dépressif retenu par la Dresse C\_\_\_\_\_ n'a pas été objectivé lors de l'examen clinique. La psychiatre du SMR retient qu'il est possible que la recourante ait pu développer une symptomatologie dépressive ou simplement une humeur dépressive, qui est en rémission complète, suite à ses douleurs chroniques persistantes. Toutefois, cela ne saurait en l'occurrence constituer une comorbidité psychiatrique autonome du trouble douloureux. La fibromyalgie n'est dès lors pas accompagnée d'une symptomatologie anxio-dépressive, d'un trouble de la personnalité ou de désinsertion sociale, de telle sorte qu'une incapacité de travail n'est pas justifiée. Force est de constater que le rapport des médecins du SMR du 10 août 2015 comporte une anamnèse complète et détaillée, un résumé du dossier, l'historique médical ainsi qu'une description des plaintes subjectives de l'assurée. Les médecins du SMR ont procédé à des constatations cliniques, les ont résumées, ils ont décrit clairement les interférences médicales et expliqué pour quelles raisons ils ont retenu ou écarté des diagnostics. Leurs appréciations ne contiennent pas de contradiction. Ledit rapport se fonde en outre sur l'étude du dossier médical complet tenant compte des divers rapports médicaux. Ils ont en définitive posé leurs diagnostics après des examens cliniques minutieux et leurs

conclusions sont claires et motivées, contenant une appréciation complète et détaillée du cas. Aucun indice concret ne permet dès lors de mettre en cause leur bien-fondé. Partant, une pleine valeur probante doit être attribuée à l'examen du SMR qui répond aux réquisits jurisprudentiels.

A/618/2016 - 18/22 - b) En sus des rapports médicaux figurant au dossier, la recourante a produit un rapport médical du Dr P\_\_\_\_\_ daté du 2 novembre 2015. Ce médecin retient, tout comme les médecins du SMR, le diagnostic de fibromyalgie, mais ne s'exprime pas sur la capacité de travail de la recourante. En revanche, il retient de meilleures amplitudes sur le plan physique que celles objectivées par les médecins du SMR. Il convient au surplus de constater que ledit rapport n'est pas exhaustif. En effet, il ne comporte notamment pas une anamnèse complète de la recourante et n'établit pas une analyse du dossier entier. Force est de constater que ledit rapport ne peut remettre en cause les conclusions du SMR. c) La Dresse C\_\_\_\_\_, médecin traitant de la recourante, retient, outre la présence d'une fibromyalgie, un état dépressif moyen. On relèvera tout d'abord que la Dresse C\_\_\_\_\_ n'a pas les qualifications d'un psychiatre et son appréciation n'est que très peu motivée. Or, à l'issue d'une analyse complète et détaillée, la Dresse M\_\_\_\_\_, psychiatre SMR, n'a mis en évidence aucune symptomatologie anxio-dépressive, d'un trouble de la personnalité ni de contrainte sociale. Le pronostic à moyen et long terme étant favorable, aucune limitation fonctionnelle psychiatrique à caractère incapacitant ne peut être retenue. Sans antécédents psychiatriques, la recourante consulte certes une psychologue, mais un éventuel état dépressif n'a, à aucun moment, été attesté par un psychiatre. Au moment de l'examen clinique réalisé par le SMR, la recourante avait arrêté tout traitement psychotrope. Un traitement de Surmontil a été introduit par le Dr P\_\_\_\_\_ en novembre 2015, à raison de 3 à 5 gouttes le soir au coucher. Outre le fait que ce traitement médicamenteux a été prescrit par un médecin rhumatologue, non spécialisé en psychiatrie, il ne servait qu'à diminuer l'intensité des douleurs physiques ainsi que les troubles du sommeil de la recourante. Il convient de conclure à l'absence de gravité de la pathologie psychique dont se prévaut la recourante. Enfin, dans son rapport médical AI du 20 janvier 2015, la Dresse C\_\_\_\_\_ fait état de deux chocs émotionnels qu'aurait connus la recourante en avril et mai 2013. Or, aucune précision n'est fournie à l'appui de ce fait, au demeurant non évoqué lors de l'examen du SMR, et les éventuelles répercussions psychologiques sur la santé de la recourante. Dans tous les cas, cet élément n'est pas invalidant, était donné que le SMR n'en fait pas état. d) La recourante reproche à l'intimé de s'être fondé sur le rapport du 10 août 2015 des médecins du SMR, sans tenir compte de la jurisprudence récente du Tribunal fédéral et des nouveaux indicateurs relatifs à l'évaluation du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, applicables à la fibromyalgie. Dès lors que le diagnostic de fibromyalgie a été émis par les médecins du SMR ainsi que la Dresse C\_\_\_\_\_, médecin traitant, et le Dr P\_\_\_\_\_, il y a lieu d'examiner l'incidence de cette affection sur la capacité de travail de la recourante,

A/618/2016 - 19/22 - sur la base des indicateurs retenus dans la récente jurisprudence du Tribunal fédéral. Il n'est pas contesté que la nouvelle jurisprudence doit trouver ici application dans la mesure où la décision querellée est postérieure à l'arrêt de principe du Tribunal fédéral du 3 juin 2015 (9C\_492/2014). Se pose dès lors la question de savoir si une expertise complémentaire psychiatrique est nécessaire. Tel ne sera pas le cas si le rapport médical déjà rendu permet de déterminer si la fibromyalgie est invalidante au regard des nouveaux critères jurisprudentiels. La fibromyalgie n'est pas contestée par les médecins du

SMR, mais elle n'entraîne, à leur sens, pas de limitations fonctionnelles, de sorte que la capacité de l'assurée à accomplir une activité dans tous domaines confondus est préservée. Les médecins du SMR ont dès lors retenu une capacité de travail exigible à 100%, contrairement à la Dresse C \_\_\_\_\_ qui a retenu une incapacité de travail à 100%. En ce qui concerne le traitement, l'état dépressif moyen n'a nécessité ni prise en charge psychiatrique ni hospitalisation dans un établissement dédié. Les traitements antidépresseurs, notamment le Cymbalta et le Valdoxan, ont été prescrits à la recourante par le médecin traitant mais arrêtés en début d'année 2015 suite à une intolérance. Par la suite, le Dr P \_\_\_\_\_ a prescrit un traitement de Surmontil afin d'atténuer les douleurs physiques et d'améliorer les troubles du sommeil de la recourante. Il convient donc de conclure à l'absence de gravité de la pathologie psychique dont se prévaut la recourante. La recourante possède par ailleurs de bonnes ressources d'adaptation au changement et assume les responsabilités de la vie quotidienne, sans qu'elle soit entravée par ses douleurs chroniques. L'examen clinique effectué par les médecins du SMR n'a relevé par ailleurs aucun trait de personnalité pathologique. La recourante ne souffre d'aucun trouble de la mémoire, de la concentration, de l'attention ou de ralentissement psychomoteur. La recourante était ouverte au contact avec les médecins du SMR. Aucun signe de la lignée dépressive en faveur d'un diagnostic de dépression majeure ou d'angoisse persistante n'a été objectivé. L'examen clinique n'a pas non plus objectivé de symptôme en faveur d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. L'environnement social de la recourante peut être qualifié de normal. Dans les activités ménagères, elle bénéficie du soutien de son mari et de sa fille ainsi que d'une aide-ménagère. Elle assume les responsabilités de la vie quotidienne et entretient ses relations amicales. La recourante ne présente ainsi pas de retrait social apparent. S'agissant de ses loisirs, elle continue notamment à faire de la broderie à la machine. Quant au poids de la souffrance, force est de constater que les plaintes de la recourante contrastent avec les constatations objectives de l'examen clinique, n'ayant objectivé aucune limitation fonctionnelle.

A/618/2016 - 20/22 - Force est de constater que le rapport des médecins du SMR du 10 août 2015 est cohérent avec l'analyse qui précède et l'on ne saurait suivre l'avis de la recourante prétendant que les nouveaux indicateurs découlant de la jurisprudence du Tribunal fédéral n'ont pas été retenus. On précisera encore que la Dresse C \_\_\_\_\_, dans son rapport médical AI du

#### **E. 20**

La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGa).

#### **E. 21**

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGa, la procédure en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI n'est pas gratuite. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre CHF 200.- et CHF 1'000.- (art. 69 al. 1bis LAI). Au vu du sort du litige, l'émolument, fixé à CHF 200.-, est mis à la charge de la recourante.

A/618/2016 - 22/22 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant à la forme :