

GE_GERICHTE A/1501/2011 vom 12. Dezember 2011

GE Cour de justice, 2011-12-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1501_2011

FR: GE_GERICHTE A/1501/2011 du 12 décembre 2011

IT: GE_GERICHTE A/1501/2011 del 12 dicembre 2011

Erwägungen

E. 9

ème Chambre En la cause Madame P _____, domiciliée à Thônex, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre STASTNY recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Madame P _____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1976, de nationalité brésilienne, est arrivée en Suisse le 5 juin 2003. Elle a travaillé à plein temps, en qualité de collaboratrice de caisse, auprès de la société X _____ SA dès le 30 octobre 2006 ainsi qu'à raison de 10 heures par semaine, en qualité de nettoyeuse, auprès de Y _____ SA dès le 1 er novembre 2006. Dès le 5 novembre 2009, elle était en totale incapacité de travail. Dans un rapport du 14 janvier 2010, la Dre A _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a posé le diagnostic de fibromyalgie, attendu que l'assurée souffrait de douleurs généralisées sans horaire inflammatoire. En date du 10 février 2010, l'assurée s'est annoncée auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI ou l'intimé) en vue d'une détection précoce, en expliquant qu'elle présentait une fibromyalgie. Le 23 février 2010, l'OAI a mené un entretien de détection précoce et dressé un procès-verbal. L'assurée se plaignait d'une fibromyalgie, d'un burnout, de tendinites aux bras et aux épaules, de maux de tête importants, de douleurs du dos (arthrose), de gonflement des articulations et de dépression. Son activité de collaboratrice de caisse consistait notamment à la tenue et à la fermeture de la caisse, à la mise en place du buffet, au réapprovisionnement du buffet, du café et des boissons, au service à table ou au nettoyage de celles-ci. Elle subissait du harcèlement sexuel et psychologique au travail. En date du 17 mars 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI, en vue de l'octroi de mesures pour une réadaptation professionnelle. Dans un questionnaire daté du 30 mars 2010, X _____ SA a indiqué à l'OAI que l'assurée a exercé l'activité de caissière dès le 30 octobre 2006 à 100%, soit 41 heures par semaine, jusqu'au 5 novembre 2009, date à partir de laquelle elle présentait une totale incapacité de travail. Dès le 25 janvier 2010, elle travaillait à nouveau à 50%, soit durant 20.5 heures par semaine, en raison de son incapacité de travail de 50%. Son revenu annuel était de 50'895 fr. depuis le 1 er janvier 2009. Par questionnaire du 9 avril 2010, Y _____ SA a attesté que l'assurée travaillait en tant que nettoyeuse depuis le 1 er novembre 2006, à raison 10 heures par semaine, pour un revenu horaire de 20 fr. 10, indemnités de vacances et gratification comprises. Par rapport du 13 avril 2010, le Dr B _____, généraliste et médecin traitant de l'assurée, a retenu une fibromyalgie et une discopathie L5-S1, diagnostics existant depuis 2009 et ayant une influence sur sa capacité de travail, ainsi qu'une galactorrhée. L'incapacité de travail était totale du 5 novembre 2009 au 17 janvier 2010 et de 50% depuis lors. Les limitations fonctionnelles de l'assurée concernaient essentiellement les activités uniquement en position debout, le travail avec les bras au dessus de la tête ainsi

que les activités en position assise plus de 4 heures par jour. Les douleurs de l'assurée augmentaient en cours de journée avec l'activité professionnelle et elle présentait également une fatigabilité accrue. Le 20 mai 2010, l'assurée a été reçue en entretien par une conseillère en réadaptation professionnelle de l'OAI. Il résulte du rapport du même jour que son incapacité de travail était totale du 5 novembre 2009 au 25 janvier 2010, de 50% jusqu'au 2 mai 2010, date à partir de laquelle elle était à nouveau totale. La conseillère en réadaptation professionnelle a proposé l'inscription de l'assurée à l'atelier Club Emploi, la mise en place d'une orientation professionnelle auprès des Établissements publics pour l'intégration (ci-après EPI), afin de déterminer les cibles professionnelles et d'établir un dossier de candidature correspondant à celles-ci, et la mise en œuvre d'une expertise rhumato-psychiatrique auprès du Service médical régional AI (ci-après SMR). Du 7 juin au 2 juillet 2010, l'assurée a suivi un stage auprès des EPI, lesquels ont établi un rapport en date du 13 août 2010. Il en résulte notamment que l'assurée était très enthousiaste au début du stage, toutefois, elle s'était peu à peu trouvée confrontée à ses limitations dans les activités physiques. Elle ne se sentait pas apte à reprendre une activité lucrative. L'assurée a participé à la bonne dynamique du groupe. Toutefois, elle n'était pas parvenue à dégager des pistes professionnelles réalistes. A cet égard, les EPI se sont demandés si des pistes réalistes existaient réellement, eu égard aux propos de l'assurée relatifs à ses douleurs. S'agissant des cibles professionnelles, les EPI doutaient de l'adéquation de l'activité de télémarketing, au vu de l'accent prononcé de l'assurée et ont finalement proposé d'organiser un stage de confrontation dans le domaine de l'onglerie et de maintenir une occupation. Du 5 au 16 juillet 2010, l'assurée a participé à l'atelier Club Emploi auprès de l'OAI. Dans un rapport établi en date du 21 juillet 2010, un conseiller en réadaptation de l'OAI a déterminé que la cible professionnelle n'était pas encore bien définie et qu'il avait été décidé de laisser l'assurée poursuivre l'atelier avec la seule piste proposée par les EPI, soit le télémarketing. Cependant, elle restait fixée sur deux pistes peu réalistes, soit celles de caissière de banque ou d'employée dans le domaine du social. Le conseiller a précisé que l'assurée ne semblait pas être prête à travailler, en raison de ses douleurs, mais qu'elle avait souhaité bénéficier d'une mesure complémentaire d'orientation professionnelle. Par communication du 17 août 2010, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement, en raison de son état de santé. Par rapport du 31 août 2010, la Dresse C _____, médecin interne auprès du Département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG), a attesté que l'assurée était suivie depuis le 9 août 2010 auprès de la Consultation des Eaux-Vives, qu'elle souffrait d'un épisode dépressif moyen et bénéficiait d'une prise en charge psychothérapeutique, d'un entretien médical une fois toutes les deux semaines, d'une psychothérapie déléguée avec une psychologue une fois par semaine, de type cognitivo-comportementale, et d'un traitement psychotrope de type antidépresseur et anxiolytique. Dans un rapport établi en date du 4 novembre 2010, le Dr D _____, médecin interne auprès du Département de psychiatrie des HUG, a retenu le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes « psychiques » existant depuis le mois de décembre 2009. Il a constaté que l'assurée présentait une anhédonie, une asthénie, une aboulie massive, un déficit de concentration et d'attention, une fatigabilité, une diminution de l'appétit et une hypersomnie. Elle s'était également plainte d'idées suicidaires et de dévalorisation, d'un sentiment d'échec et de culpabilité et de douleurs diffuses. Une amélioration des symptômes était possible sur le plan de l'humeur et des autres symptômes psychiques. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle était totale depuis le 9 août

2010, en raison de l'épisode dépressif. Les limitations de l'assurée dans le cadre d'une activité lucrative étaient les suivantes : des difficultés de concentration et d'attention, une asthénie, une fatigabilité et des douleurs diffuses, avec un ralentissement sur le fonctionnement professionnel. L'OAI a mis en œuvre un examen rhumato-psychiatrique, qui a été confié à deux médecins du SMR, soit les Drs E_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et F_____, psychiatre « FMH », lesquels ont examiné l'assurée en date du 3 novembre 2010. Dans leur rapport du 7 décembre 2010, ils ont retenu les diagnostics suivants, lesquels étaient sans répercussion sur la capacité de travail : une fibromyalgie, des troubles dégénératifs modérés du rachis lombaire (discopathie L5-S1), des antécédents de tendinite de De Quervain à gauche et un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. Sur le plan somatique, les examinateurs n'ont pas mis en évidence de pathologie ostéoarticulaire significative ou de pathologie inflammatoire décelable sur le plan clinique. Les seules limitations dans les amplitudes articulaires constatées étaient en relation avec une attitude oppositionnelle et antalgique. L'examen neurologique était sans particularité. D'après la documentation radiologique, il existait un trouble dégénératif modéré au niveau du rachis lombaire, sous la forme d'une discopathie débutante L1-S1 sans véritable traduction clinique significative. Partant, l'assurée présentait une symptomatologie douloureuse diffuse dans un contexte de surcharge professionnelle et de trouble dépressif, de sorte qu'un diagnostic de fibromyalgie était retenu, lequel était l'expression corporelle d'une souffrance psychique d'origine vraisemblablement plurifactorielle. Sur le plan psychiatrique, les examinateurs ont confirmé le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité moyenne sans syndrome somatique. En revanche, ils ne retrouvaient pas les critères diagnostics caractérisant une dépression sévère, soit en particulier les idées suicidaires. Dans ces conditions, la discussion d'une éventuelle comorbidité psychiatrique manifeste à la fibromyalgie n'avait pas lieu d'être. Quant aux critères de sévérité définis par la jurisprudence, ils n'étaient pas réunis. En effet, même s'il y avait lieu de retenir actuellement l'échec du traitement de la douleur, il était trop tôt pour affirmer la réalité d'une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable et la présence d'un état psychique cristallisé. De plus, il n'y avait pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Les examinateurs ont conclu que la capacité de travail de l'assurée était entière dans l'activité habituelle, dans une activité se situant dans son domaine de compétence (onglerie et pédicure) ou dans une activité adaptée. En effet, l'examen clinique ne mettait pas en évidence de pathologie somatique significative engendrant des incapacités de travail de longue durée. La problématique douloureuse exprimée par l'assurée était, aux yeux des examinateurs, l'expression corporelle d'une souffrance psychique sous-jacente. En outre, en l'absence d'atteinte sur le plan ostéoarticulaire significative, ils n'ont pas retenu de limitation fonctionnelle, hormis les conseils d'usage habituels s'agissant de l'épargne du rachis et la recommandation par rapport au port de poids établi par la SUVA en relation avec l'âge et le sexe de l'assurée. Le 7 février 2010 (recte 2011), l'OAI a signifié à l'assurée un projet de refus de prestations, au motif que l'examen du SMR du 3 novembre 2010 ne mettait pas en évidence d'atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité, justifiant une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative. Par pli du 14 mars 2011, l'assurée a contesté ce projet de décision, en sollicitant principalement, son annulation et l'octroi d'une formation complémentaire, dès que son état de santé le permettrait, et subsidiairement, l'octroi d'une rente. Elle a invoqué se trouver dans l'impossibilité d'exercer une activité lucrative ou d'accomplir ses travaux habituels dans le ménage, et ce pour trois motifs. Elle souffrait

premièrement d'une fibromyalgie, laquelle était totalement invalidante tant dans sa vie quotidienne que dans son travail, étant précisé que ses douleurs s'étaient aggravées malgré les traitements qu'elle prenait. Deuxièmement, son disque intervertébral L5-S1 était abîmé. Toutefois, les médecins ne prévoyaient pas de l'opérer. Troisièmement, elle souffrait d'une dépression suite à ses douleurs, pleurait tout le temps et était désespérée par l'avenir. Par ailleurs, elle a soutenu que l'OAI avait agi de manière contradictoire en procédant, d'une part, à une communication le 17 août 2010, par laquelle il avait constaté qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était envisageable, en raison de son état de santé, et en affirmant d'autre part, dans son projet de décision du 17 mars 2010, qu'elle ne souffrait d'aucune atteinte à la santé justifiant une incapacité de travail. Partant, il lui paraissait évident que le projet de décision ne tenait pas compte de la réalité, attendu que les EPI n'avaient même pas imaginé lui proposer une formation complémentaire au vu de son état de santé, et elle suspectait que les examinateurs étaient partiaux. Par décision du 6 avril 2011, l'OAI a confirmé son projet de décision. Par décision du 13 avril 2011, l'assurée a été mise au bénéfice de l'assistance juridique. Par acte du 23 mai 2011, l'assurée, représentée par un conseil, a interjeté recours contre la décision de l'OAI, concluant préalablement, au renvoi du dossier à l'OAI pour l'établissement d'un dossier conformément à l'art. 46 LPGA, à ce que les qualifications du Dr F_____ soient précisées, à la mise en œuvre d'une expertise auprès de médecins indépendants - et non pas auprès du CEMED - et d'une comparution personnelle des parties et à l'ouverture d'enquêtes, soit en particulier à l'audition des Drs B_____, G_____ et D_____. Principalement, elle a requis l'annulation de la décision du 6 avril 2011 et l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2010, sous suite de dépens. Elle invoque tout d'abord une violation de son droit d'être entendu, en ce sens que le dossier de l'OAI est difficile d'accès, car il ne comprend pas de liste de pièces, lesquelles sont classées par ordre chronologique, de sorte que les documents médicaux, économiques et sociaux sont dispersés dans tout le dossier. En outre, elle soutient qu'il convient de suivre l'avis des médecins l'ayant suivie, lesquels concluent à une totale incapacité de travail liée à l'existence d'une fibromyalgie accompagnée d'un état dépressif majeur. Quant à l'examen bi-disciplinaire du SMR, il ne présente pas, d'après elle, de valeur probante au sens de la jurisprudence. En effet, le Dr F_____ se prétend être titulaire d'un titre FMH, alors que tel n'est pas le cas. Elle estime également que les médecins du SMR sont partiaux, attendu qu'ils lui ont indiqué, lors de l'examen, qu'elle n'aurait pas droit à des prestations AI « avec ce qu'elle avait » et qu'il lui appartenait « d'aller se chercher du travail ». Qui plus est, l'anamnèse est établie sans aucun plan logique, tous les éléments étant mélangés et plusieurs affections ont été oubliées, soit les problèmes d'allergies cutanées, l'opération à l'œil gauche ou encore le kyste cervical. Quant au nom de son médecin traitant, il est orthographié de manière erronée. Par ailleurs, le rapport du SMR n'est pas motivé, est contradictoire et ne prend pas suffisamment en considération le rapport des EPI. A l'appui de son recours, elle transmet notamment à la Cour de céans les documents suivants : - un rapport établi le 20 janvier 2011 par la Dresse G_____, médecin responsable du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, laquelle a posé les diagnostics suivants : des lombalgies chroniques non déficitaires, une fibromyalgie et un épisode dépressif majeur. Elle a constaté l'existence de douleurs diffuses principalement nociceptives pouvant entrer dans le cadre d'une fibromyalgie. L'hypoesthésie au niveau de la cuisse et les décharges électriques évoquaient la présence d'une composante neurogène. Le médecin a également fait des propositions de traitements et de suivi ; - un rapport du 2 mai 2011

établi par le Dr B _____, qui a rappelé l'historique des affections somatiques et psychiques de la recourante. Il a noté que, lors de son premier contact avec celle-ci, ses antécédents étaient ceux d'opération de l'œil gauche pour strabisme, d'opération pour un kyste cervical et de galactorrhée, affection pour laquelle elle était suivie depuis 4 ans environ par un endocrinologue. Puis, les autres affections connues actuellement étaient progressivement apparues, soit les troubles dégénératifs discaux lombaires en L5-S1 mis en évidence par des radiographies effectuées le 12 novembre 2009, la fibromyalgie, diagnostic confirmé en janvier 2010 par la Dresse A _____ et les troubles dépressifs, caractérisés par des pleurs fréquents et un sentiment de désespoir. Le Dr B _____ a déterminé que la recourante était en incapacité de travail totale dès le 5 novembre 2009, incapacité qui a été entrecoupée par une tentative de reprise de travail à 50% du 25 janvier au 2 mai 2010, sur demande de la recourante elle-même. Il estimait qu'aucun élément d'ordre médical ou social n'indiquait que cette incapacité de travail pouvait être remise en cause, dans la mesure où le suivi médical somatique et psychiatrique rapproché avait permis d'évaluer la recourante régulièrement et en temps réel. Il a enfin contesté l'appréciation des médecins du SMR du 3 novembre 2011, en tant qu'ils retenaient qu'aucune atteinte à la santé ne justifiait d'incapacité totale de travail dans toute activité lucrative, et s'est demandé si les médecins du SMR avaient effectivement examiné la recourante ; - un rapport du 16 mai 2011 du Dr D _____, lequel a énuméré les divers traitements psychotropes qui ont été pris par l'assurée, laquelle était actuellement sous Eflexor et compliant. Par réponse du 21 juillet 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il déclare que, certes, le Dr F _____ a signé en indiquant être psychiatre FMH, mais que la simple formalité d'inscription au registre FMH n'est pas déterminante pour attester de ses compétences médicales. En effet, c'est la titularité d'un diplôme postgrade équivalent qui est importante et l'attestation de reconnaissance délivrée par l'Office fédéral de la santé publique est suffisante pour obtenir l'adhésion à l'ISFM (Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue) et l'inscription au registre FMH (Fédération suisse des médecins). Dès lors, il estime que seule la formalité d'inscription au registre FMH, laquelle a une portée purement déclarative, a été omise, de sorte qu'il n'existe pas d'irrégularité liée à la personne du Dr F _____ et à l'exercice de son activité au sein du SMR susceptible d'entacher la fiabilité de son rapport du 3 novembre 2010. Par ailleurs, il considère que les arguments soulevés par la recourante ne remettent pas en cause la pleine valeur probante du rapport des Drs F _____ et E _____, de sorte que leurs conclusions doivent être suivies et que les critères jurisprudentiels pour retenir un caractère incapacitant à la fibromyalgie ne sont pas réalisés. Pour le surplus, l'intimé s'est référé à un avis du SMR du 16 juin 2011. L'OAI produit à l'appui de son écriture : - une attestation de reconnaissance du diplôme de médecin du Dr F _____, établi par la Commission des professions médicales MEBEKO (ci-après la MEBEKO) en date du 30 juin 2010, de sorte que celui-ci figurait désormais dans le registre fédéral concernant les titulaires de diplômes fédéraux ou étrangers reconnus ; - une attestation de reconnaissance du titre postgrade de Médecin Spécialiste en psychiatrie obtenu en France par le Dr F _____, établie par la MEBEKO en date du 12 août 2010. Partant, il bénéficiait depuis lors d'un titre postgrade fédéral correspondant, soit de celui de médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et figurait également, à ce titre, dans le registre fédéral concernant les titulaires de titres postgrades fédéraux ou étrangers reconnus ; - un avis du 16 juin 2011 de la Dresse H _____, médecin auprès du SMR, laquelle a déterminé que le rapport du Dr B _____ ne mettait en exergue aucun élément médical objectif permettant de penser

que la recourante présentait une aggravation de son état de santé ou une nouvelle atteinte. Quant au rapport du Dr D _____ du 16 mai 2011, il ne concernait que le traitement en lui-même, lequel n'est pas litigieux. Enfin, la Dresse A _____ ne fait que confirmer le diagnostic de fibromyalgie, laquelle n'est pas une maladie incapacitante de longue durée, ce qui est établi par la jurisprudence fédérale. Dans sa réplique du 22 août 2011, la recourante persiste dans l'ensemble de ses conclusions. Elle réaffirme contester les compétences professionnelles du Dr F _____, celui-ci s'étant notamment prévalu du titre FMH, dont il n'était pas porteur. Enfin, elle maintient également que le rapport du SMR ne présente pas de valeur probante, eu égard notamment aux contradictions qu'il recèle et à un status psychiatrique très court. Pour le surplus, elle indique, contrairement à ce prétendent les médecins du SMR, qu'elle ne fonctionne pas normalement avec ses amis et sa famille, attendu que son état de santé l'a contrainte à vivre retirée, par exemple, en ayant recours à une voisine pour faire ses courses. Par écriture du 22 septembre 2011, l'intimé ajoute qu'il avait l'obligation d'enregistrer de manière systématique tous les documents pouvant être déterminants lors de chaque procédure, raison pour laquelle le dossier comporte des pièces qui peuvent être étrangères aux besoins de l'argumentation des parties lors d'un litige judiciaire. Il estime ainsi avoir satisfait aux réquisits de l'art. 46 LPGA. Sur requête de la Cour de céans, Monsieur Q _____, directeur du SMR, produit, par courrier du 7 octobre 2011, l'autorisation de pratiquer dès le 1^{er} juillet 2010, en qualité de médecin dépendant au sein du SMR (50%), délivrée au Dr F _____ par le Département de la santé et de l'action sociale du Canton de Vaud en date du 4 mars 2011. Les qualifications professionnelles du Dr F _____ étaient les suivantes : un certificat fédéral de reconnaissance du diplôme de médecin par la MEBEKO du 30 juin 2010 et un certificat fédéral de reconnaissance du diplôme de spécialiste en psychiatrie-psychothérapie (MEBEKO) du 12 août 2010. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et 38 al. 4 let. a LPGA p.a.). Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'OAI a nié le droit de la recourante à une rente d'invalidité. En premier lieu, il convient d'examiner si l'OAI a enregistré de manière systématique les documents pouvant être déterminants. En vertu de l'art. 46 LPGA, lors de chaque procédure relevant des assurances sociales, l'assureur enregistre de manière systématique tous les documents qui peuvent être déterminants. Il en découle que le dossier doit former un tout complet et cohérent au moment où la décision est rendue. Cette exigence est d'une part le corollaire obligé du droit de consulter le dossier (art 29 al. 2 Cst); elle sert d'autre part à garantir les prises de décisions conformes au droit (ATAF C-8355/2007 du 23 juin 2009 consid. 7.1.1 ; ATF 130 II 473 consid. 4.1; ATF 9C_231/2007 du 5 novembre 2007 consid. 3). La loi ne pose pas d'exigences concrètes quant à la manière dont les documents doivent être maniés, paginés, indexés, etc. L'obligation qui est faite à l'administration d'avoir la charge de la gestion du dossier est le pendant du droit de l'assuré d'avoir accès au dossier, conformément à l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 372 consid. 3b), en ce sens que le droit

d'avoir accès au dossier de l'assuré est une condition du devoir de gestion du dossier de l'administration (ATF 130 II 473 consid. 4.2 et ATF 9C_231/2001 du 5 novembre 2007 consid. 3.2). Ce qui est déterminant est l'établissement d'un dossier de manière systématique. Cela suppose que le dossier soit classé d'après des critères généraux, de manière appropriée et conformément à l'objectif envisagé. La manière de classer les documents doit avoir lieu, de sorte que l'activité de l'administration puisse être retracée et être comprise. Les assurés doivent ainsi être en mesure de déterminer comment les faits ont été établis et la décision prise (KIESER Ueli, ATSG-Kommentar, 2^{ème} édition, 2009, ad art. 46, no 13, p. 588 et ATF 8C_319/2010 du 15 décembre 2010 consid. 2.2.2). En l'espèce, la recourante invoque une violation de son droit d'être entendu, en ce sens que l'accès à son dossier lui était rendu difficile, car celui-ci ne comporte pas de liste ou de résumé de toutes les pièces qui y figurent. La Cour de céans constate que certes l'OAI n'a pas établi de liste ou de résumé des pièces du dossier de la recourante. Toutefois, les documents sont tous classés de manière chronologique depuis la communication en vue d'une détection précoce en date du 10 février 2010 et sont tous numérotés. De plus, le classement des différents documents de manière chronologique permet à la recourante de comprendre aisément, d'une part, la manière de procéder de l'OAI, les raisons qui ont poussé celui-ci à ordonner différentes mesures d'instruction, soit par exemple le stage aux EPI ou l'examen rhumato-psychiatrique et, d'autre part, la motivation de la décision. Cette classification chronologique est ainsi appropriée. Par ailleurs, quand bien même le dossier de l'OAI comporte 82 documents - ce qui n'est pas excessif -, une lecture rapide du dossier permet de trouver facilement les documents médicaux ou économiques qui y figurent, de sorte qu'en l'espèce, l'absence de numérotation listage de la totalité des pièces ne prétérite pas la lecture du dossier ni, à fortiori, l'accès à celui-ci. En outre, un bordereau de pièces ne permettrait pas, au vu du nombre de pièces non pertinentes pour l'issue du litige, un meilleur aperçu du dossier. Pour le surplus, il n'apparaît pas que l'OAI n'ait pas géré le dossier de la recourante de manière transparente. Partant, le grief de la recourante doit dès lors être rejeté. En deuxième lieu, il s'agit de déterminer la capacité de travail de la recourante et son degré d'invalidité. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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. 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). b) 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 ; ATFA non publié 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; ATF non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2). 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. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 131 V 49 et 130 V 352), que l'on peut transposer au contexte de la fibromyalgie. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'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 (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les

limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.2). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle – eu égard également aux critères déterminants précités – que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in Praxis 94/2005, pp. 2007 ss). Demeurent réservés les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3). a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 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 261 consid. 4). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le

médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. 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 ; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99). En particulier, dans un arrêt du 31 août 2007 (I 65/07), le Tribunal fédéral a considéré qu'un rapport SMR signé par le docteur I _____ avec l'indication « Psychiatre FMH » ne pouvait se voir attribuer pleine valeur probante en raison d'une irrégularité d'ordre formel liée à l'utilisation d'un titre auquel ce médecin ne pouvait prétendre. Au moment de son expertise, elle ne disposait pas d'une autorisation d'exercer une activité à titre de médecin dépendant puisque cette autorisation lui avait été délivrée le 24 novembre 2006 par le Département vaudois de la santé et de l'action sociale. Le Tribunal fédéral a estimé qu'indépendamment des compétences professionnelles propres du docteur I _____, les irrégularités d'ordre formel liées à sa personne et à l'exercice de son activité au sein du SMR entachaient la fiabilité du rapport médical établi sur mandat de l'administration. Aussi, la juridiction cantonale n'était-elle pas en droit de fonder son appréciation sur ce seul avis médical, d'une valeur probante affaiblie. d) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). a) En l'espèce, la décision litigieuse est fondée sur l'examen rhumato-psychiatrique effectué en date du 3 novembre 2010 par les Drs E _____ et F _____, médecins auprès du SMR. Ils ont posé les diagnostics suivants, indiquant qu'ils n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail : une fibromyalgie, des troubles dégénératifs modérés du rachis lombaire (discopathie L5-S1), des antécédents de tendinite de De Quervain à gauche et un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. La capacité de travail de la recourante était entière dans l'activité habituelle, dans une activité se situant dans son domaine de compétence (onglerie et pédicure) ou dans une activité adaptée. La Cour de céans constate que ce rapport a été établi à la suite d'un examen rhumatologique et psychiatrique de la recourante, en tenant compte de ses plaintes, de son dossier médical et qu'il est fondé sur une anamnèse familiale, professionnelle, médicale, psychosociale et psychiatrique. Il n'est toutefois que peu motivé. En effet, d'une part, le rhumatologue expose ses constatations sans les discuter, retenant une fibromyalgie, en expliquant en substance qu'aucune atteinte significative n'a été mise en exergue. D'autre part, le psychiatre confirme le diagnostic d'épisode dépressif moyen et exclut celui de dépression sévère, évoquant l'absence d'idées suicidaires. Toutefois, il ne mentionne pas les symptômes qui lui permettent d'arriver à la conclusion que l'épisode dépressif est de degré moyen. En outre, en ce qui concerne les limitations fonctionnelles, les médecins s'expriment en termes généraux, déclarant qu'il convient de suivre les conseils d'usage habituels s'agissant de l'épargne du rachis et la recommandation par rapport au port de poids établi par la SUVA en relation avec l'âge et le sexe de l'assurée, sans déterminer, dans le cas de la recourante, quelles sont précisément ses limitations fonctionnelles dans l'exercice d'une activité lucrative. De plus, on ne sait pas, à

la lecture de ce rapport d'examen, si son atteinte à la santé psychique pourrait limiter la recourante dans une telle activité. Par ailleurs, les examinateurs relèvent que celle-ci se plaint notamment d'une anxiété généralisée en relation avec son état de santé somatique, mais retiennent que l'examen n'a pas permis d'objectiver d'anxiété généralisée, sans autre explication, ce qui paraît contradictoire. Au vu de ces éléments, le rapport des Drs E _____ et F _____ ne saurait se voir reconnaître valeur probante au sens de la jurisprudence. Pour le surplus, la recourante fait valoir notamment que le Dr F _____ s'est prévalu du titre de psychiatre « FMH », alors même qu'il n'était pas inscrit au registre FMH, ce que l'intimé a implicitement admis dans son écriture du 21 juillet 2011. La Cour de céans estime toutefois qu'il n'est pas nécessaire de requérir, en l'occurrence, des informations complémentaires auprès de la Fédération des médecins suisses ou de se déterminer plus précisément sur cette question, dans la mesure où cet élément ne vient que s'ajouter au fait que le rapport des médecins du SMR ne présente pas, en tout état de cause, de valeur probante. Il sera toutefois souligné que quand bien même un médecin remplit les conditions pour solliciter son inscription auprès de la FMH, mais ne le fait pas, il ne saurait signer en qualité de psychiatre « FMH », attendu qu'il n'est effectivement pas membre de la Fédération des médecins suisses. En procédant de la sorte, il se prévaut d'un titre auquel il ne peut prétendre, ce qui permet de douter de la valeur probante d'un tel rapport médical, même si le médecin est habilité à exercer à titre de médecin dépendant ou indépendant en Suisse (ATF I 65/07 du 31 août 2007 consid. 3). b) Quant aux divers rapports des médecins ayant suivi ou examiné la recourante, soit les Drs A _____, B _____, C _____, D _____ ou G _____, ils ne sont pas susceptibles d'apporter une réponse définitive sur l'état de santé somatique et psychique de la recourante ainsi que sur sa capacité de travail, dans la mesure où ils ne sont pas suffisamment motivés pour qu'on puisse uniquement se fonder sur leurs rapports. c) Eu égard aux doutes qui subsistent quant à la sévérité du trouble dépressif dont souffre la recourante et aux conséquences des troubles somatiques et psychiatriques sur sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles, la Cour de céans n'est pas en mesure de statuer sur sa capacité de travail et partant, sur son degré d'invalidité. a) Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (ATF U 58/01 du 21 novembre 2001, consid. 5a). Dans un récent arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 9C_243/2010 du 28 juin 2011, consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical (consid. 4.4.1.4 in fine de l'arrêt précité du 28 juin 2011). b) En l'occurrence, la décision litigieuse se base sur un seul rapport, soit sur un rapport d'examen du SMR qui n'a pas valeur probante au sens de la jurisprudence, car il présente une motivation déficiente, les points essentiels ne pouvant pas être établis, et il semblerait également que l'un des examinateurs s'est prévalu d'un titre auquel il ne pouvait pas prétendre. Ces éléments justifient de renvoyer la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise rhumato-psychiatrique, ce d'autant plus qu'aucune expertise n'a été réalisée par l'OAI, mais uniquement un examen SMR. a) Au vu de ce qui

précède, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'OAI, à charge pour lui de mettre en œuvre une expertise rhumato-psychiatrique, confiée à des experts indépendants, afin de déterminer précisément les atteintes de la recourante, leurs répercussions sur sa capacité de travail et les limitations fonctionnelles. b) La recourante, représentée par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui est accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA). 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), un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de l'OAI. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Annule la décision de l'OAI du 6 avril 2011 et lui renvoie le dossier pour mise en œuvre d'une expertise rhumato-psychiatrique. Condamne l'OAI à verser à la recourante une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'OAI. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Maryse BRIAND La présidente Florence KRAUSKOPF Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.