

GE_GERICHTE A/1542/2017 vom 27. Juni 2017

GE Cour de justice, 2017-06-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1542_2017

FR: GE_GERICHTE A/1542/2017 du 27 juin 2017

IT: GE_GERICHTE A/1542/2017 del 27 giugno 2017

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée au GRAND-LANCY recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. En date du 19 mai 2015, Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1972, mariée, mère d'un enfant né en 1998, domiciliée dans le canton de Genève, ayant un certificat d'assistante d'exploitation et une formation d'aide-comptable, travaillant à 100 % dans la vente et le secrétariat, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) en raison d'une suspicion de sclérose en plaques (ci-après : SEP). ![/endif]>![if > 2. L'Allianz Suisse Société d'Assurances SA, agissant en tant qu'assureur perte de gain en cas de maladie, versait alors en sa faveur des indemnités journalières dès le 17 janvier 2015, sur la base d'une incapacité de travail de 100 % du 17 janvier au 17 mars 2015, de 50 % du 18 mars au 22 mars 2015, de 100 % du 23 mars au 13 avril 2015, de 80 % du 14 avril au 31 mai 2015. ![/endif]>![if > 3. L'assurée avait consulté courant décembre 2014 la docteure B_____, spécialiste FMH en médecine interne, en raison de douleurs et d'un engourdissement du membre supérieur et du membre inférieur à droite. Une IRM cervicale et lombaire du 23 décembre 2014 n'avait pas révélé d'anomalie notable. Le 5 janvier 2015, l'assurée a signalé à son médecin traitant précité un trouble de la vision de l'œil droit, présent depuis environ trois semaines. Lors d'une consultation ophtalmologique réalisée même jour, une désaturation au rouge et à la lumière de l'œil droit a été constatée. Une IRM cérébrale avec séquences angiographiques du 8 janvier 2015 a confirmé la présence de plusieurs hypersignaux de la substance blanche orientant vers une pathologie démyélinisante. La Dre B_____ a adressé l'assurée au docteur C_____, spécialiste FMH en neurologie, le 14 janvier 2015. ![/endif]>![if > 4. À teneur d'un rapport du 14 janvier 2015 du Dr C_____, comportant l'anamnèse de l'assurée, les résultats de l'examen neurologique (fonctions supérieures, nerfs crâniens, nuque, voies longues, tronc, équilibre et marche), ceux d'un examen électro-neuro-myographique (ENMG) des membres supérieurs, l'assurée présentait une symptomatologie évocatrice d'une maladie démyélinisante. Le diagnostic le plus probable était celui d'une SEP. L'assurée présentait un syndrome du tunnel carpien bilatéral relativement marqué, toutefois probablement asymptomatique. Elle allait subir d'autres examens (analyse du liquide céphalo-rachidien et cure de Solu-Medrol). ![/endif]>![if > Selon un rapport du 4 février 2015 du Dr C_____, l'analyse du liquide céphalorachidien s'était révélée sans anomalie notable, et la cure de Solu-Medrol n'avait pas permis d'améliorer la symptomatologie visuelle au niveau de l'hémicorps droit. Le diagnostic de sclérose en plaques pouvait être posé, mais le bilan devait être complété par une IRM médullaire avec injection d'un produit de contraste, notamment pour déterminer s'il s'agissait d'une SEP de type poussée-rémission ou d'une SEP de type chronique progressive. Dans son rapport du 3 mars 2015, le Dr C_____ a

indiqué que le diagnostic le plus probable était celui d'une SEP, éventuellement d'une forme chronique progressive. Il a adressé l'assurée pour un second avis au docteur D_____, neurologue aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). 5. Dans un rapport médical reçu le 5 juin 2015 par l'OAI, la Dre B_____ a indiqué que le diagnostic probable était celui de SEP. Le pronostic était incertain. L'incapacité de travail était de 80 % dans l'activité habituelle et de 20 % dans une activité adaptée, le facteur limitant en l'état étant une très grande fatigue et des paresthésies désagréables (engourdissement du bras droit et des deux jambes). 6. D'après un rapport médical du 5 juin 2016 de la docteure E_____ du service de neurologie des HUG, la maladie avec effet sur la capacité de travail était une maladie démyélinisante en cours d'investigation. Il ne pouvait être émis de pronostic. 7. Selon un rapport du 30 juin 2015 du Dr C_____, l'assurée présentait, avec effet sur la capacité de travail, une suspicion de SEP depuis janvier 2015. Le pronostic dépendrait de l'évolution de la clinique et de l'IRM cérébrale. Son activité était exigible à 50 %, avec un rendement réduit en raison de douleurs diffuses et de l'asthénie. Il n'y avait pas de restriction psychique. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle. 8. D'après une note de travail du 7 septembre 2015, l'assurée a adressé un courriel à une conseillère en réadaptation de l'OAI, avec laquelle elle avait eu un entretien le 27 août 2015, pour lui dire que ses recherches en vue de suivre un cours de pâtisserie n'avait pas abouti, sinon pour des cours du soir ne lui convenant pas compte tenu de sa trop grande fatigue le soir, mais elle suivrait un cours de deux heures sur le pain un samedi matin le 19 septembre 2015. Elle continuait ses recherches pour un cours de pâtisserie. Selon un courrier du 23 octobre 2015, l'assurée avait suivi le 10 octobre 2015 un cours sur les brioches. Dans un rapport d'évaluation du 9 novembre 2015, la conseillère en réadaptation a proposé d'octroyer à l'assurée des mesures de soutien à la reprise d'une activité professionnelle. Le mandat d'évaluation a été clôturé le 10 novembre 2015, la période de la détection précoce de l'invalidité étant arrivée à son terme, sans que l'état de santé de l'assurée ne se soit stabilisé et sans que cette dernière ne demande de mesure de soutien. 9. Dans un rapport intermédiaire du 25 novembre 2015 de la Dre B_____, l'état de santé de l'assurée s'était aggravé; le diagnostic était toujours celui de SEP, toutefois sans évolution d'après une IRM cérébrale, mais il y avait augmentation des douleurs et des paresthésies et un état subfébrile anamnestique. L'assurée se plaignait de limitations fonctionnelles (douleurs et paresthésies diffuses), mais il n'y avait pas vraiment de constatations objectives. Sa capacité de travail était de 0 % dans toute activité. Il n'y avait pas en l'état de troubles psychiatriques, mais cela pourrait être le cas ultérieurement. Une reprise du travail serait probablement possible, sans qu'on puisse dire quand. Un examen médical complémentaire n'apparaissait pas nécessaire pour le moment pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. 10. À teneur d'un rapport médical intermédiaire du 30 novembre 2015 du Dr C_____, il y avait toujours suspicion de SEP. Le dernier examen neurologique était superposable au précédent; il persistait des douleurs diffuses au niveau des quatre membres. L'état de santé ne s'était pas modifié de façon notable; il n'y avait pas d'aggravation, ni d'amélioration. L'assurée était limitée par la symptomatologie. Son incapacité (sic) de travail était de 0 % depuis le printemps 2015; il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique; il était possible qu'une reprise du travail ultérieure puisse intervenir. 11. Le 15 janvier 2016, la Dre B_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire; il n'y avait pas de changement dans les diagnostics, mais le diagnostic restait peu clair; un syndrome

cliniquement isolé restait possible. L'assurée avait toujours des douleurs et des paresthésies. Elle allait essayer de l'hypnose. Sa capacité de travail était nulle dans toute activité.

12. Le 26 janvier 2016, le Dr C_____ a indiqué n'avoir pas revu l'assurée depuis le 30 novembre 2015. 13. En date du 27 juillet 2016, la docteure F_____ du service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a établi un avis médical. Les incapacités de travail de l'assurée avaient évolué (80 % au 18 décembre 2014, 100 % au 17 janvier 2015, 50 % au 18 mars 2015, 100 % au 23 mars 2015, 80 % au 14 avril 2015, 100 % depuis le 11 juin 2015). Le dossier médical était résumé. Ledit médecin proposait de soumettre l'assurée à une expertise neurologique chez le docteur G_____, auquel il fallait aussi demander si l'assurée présentait potentiellement des troubles psychologiques ou psychiatriques qui nécessiteraient une expertise psychiatrique complémentaire.

Par communication du 28 juillet 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'une expertise neurologique était nécessaire pour clarifier le droit aux prestations de l'AI. Le Dr G_____ n'étant pas disponible pour effectuer cette expertise, celle-ci a été confiée au docteur H_____, neurologue FMH. 14. Le Dr H_____ a reçu l'assurée le 6 octobre 2016. Il a établi son rapport d'expertise le 22 novembre 2016, fondé sur ses observations, l'étude du dossier et de pièces rapportées par ses soins ainsi que des échanges téléphoniques avec le médecin traitant B_____, les neurologues C_____ et I_____ et l'ophtalmologue J_____. Ce rapport comporte l'anamnèse de l'assurée (sur 3 pages et demie), l'énumération et un résumé des rapports médicaux constituant le dossier (sur 5 pages et demie), ainsi que des documents rapportés par l'expert (sur 2 pages). la description et les résultats de l'examen clinique (sur 1 page), une discussion du cas (sur 2 pages) ainsi que des réponses aux questions de l'OAI (sur 5 pages et demie). S'il était possible que l'assurée souffrait d'une SEP, il y avait peu d'arguments objectifs pour affirmer ce diagnostic; les traitements prescrits avaient toujours été interrompus assez vite, conjointement à l'apparition de symptomatologies nouvelles. Les plaintes actuelles douloureuses et sensitives de l'assurée n'avaient aucun rapport avec ce qu'on voyait dans la SEP. Une autre présentation clinique de l'assurée, non évoquée dans le dossier, était une certaine « belle indifférence » avec une succession de plaintes peu évocatrices d'une maladie neurologique et peut-être quelques conflits d'ordre psychique. La capacité de travail de l'assurée au plan neurologique était bonne, après avoir pu être affectée à l'époque où le diagnostic de SEP lui avait été annoncé. Les constats objectifs étaient pauvres et la gravité de la situation était très faible pour le moment. L'atteinte à la santé prenait des formes multiples, atypiques, peu correspondantes à l'expérience médicale. Il n'y avait pas de facteurs non du ressort de l'AI à jouer un rôle dans ce cas (tels que chômage, situation économique difficile, compétences linguistiques déficientes, âge, niveau de formation ou facteurs socioculturels). Une exagération et une coloration très subjective des symptômes rendaient l'interprétation du cas particulièrement compliquée. Il n'y avait pas de maladie addictive. Les ressources personnelles de l'assurée étaient pauvres pour une confrontation à une maladie du type SEP (dont il n'était pas impossible qu'elle souffrait, la symptomatologie liée à cette éventuelle affection étant très difficile à cerner). Une maladie démyélinisante était possible comme diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail. Il n'y avait pas de mesure de réadaptation à prendre, le travail de l'assurée étant parfaitement adapté à sa situation actuelle. Ayant pu être nulle dans la période ayant suivi l'annonce du diagnostic de SEP, la capacité de travail de l'assurée était actuellement au minimum de 80 %. Il n'y avait aucune limitation fonctionnelle; l'assurée n'était pas limitée aux plans moteur, de l'équilibre, de la marche, des fonctions sphinctériennes ou des

fonctions cognitives; le fait de rapporter des douleurs s'exacerbant dans les membres inférieurs dans la position debout ou dans les membres supérieurs lorsqu'elle cuisinait paraissait très peu compatible avec les douleurs neurogènes de la SEP. 15. Par avis médical du 21 février 2017, la Dre F _____ du SMR a indiqué s'aligner sur les conclusions de l'expertise neurologique. L'assurée avait une capacité de travail de 80 % dans toute activité, mais présentait une pathologie chronique qui évoluerait probablement dans le temps. 16. Par un projet de décision du 22 février 2017, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser une rente d'invalidité. Elle avait le statut d'active, impliquant l'application de la méthode générale de comparaison des revenus. Sa capacité de travail était restreinte depuis janvier 2015, mais telle qu'admise par le SMR à la suite d'une expertise médicale, elle était de 20 % dans toute activité, taux correspondant à son degré d'invalidité, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, car elles n'amélioreraient pas sa capacité de travail et de gain. L'assurée avait trente jours pour faire part de ses éventuelles objections, devant comporter une conclusion et une motivation. 17. Par courrier du 21 mars 2017, l'assurée a informé que son problème restait inchangé. Elle avait des fourmillements dans tout le corps, des brûlures et douleurs en particulier du côté droit. Les médecins n'avaient toujours pas découvert la nature exacte de ses problèmes. On lui avait parlé au début de SEP, puis de fibromyalgie et de problèmes de douleurs. Les médicaments lui ayant été prescrits avaient empiré sa situation. Elle n'était pas capable d'avoir une activité professionnelle normale, ni même une vie normale. Elle ne demandait qu'à aller mieux. Elle n'avait plus de couverture de perte de gain, deux ans s'étant écoulés, si bien qu'elle avait dû reprendre une activité professionnelle à 50 % pour garantir un minimum de revenus pour son ménage, au détriment de sa santé et de son environnement familial. Elle finissait ses journées épuisées. L'assurée demandait à l'OAI de consulter la docteure K _____ du centre de la douleur des HUG, la Dre I _____, neurologue aux HUG et son médecin traitant B _____ avant de rendre sa décision. 18. Le 22 mars 2017, l'OAI a écrit à l'assurée qu'il ne procéderait à aucune instruction médicale complémentaire, faute pour elle d'apporter, dans un délai prolongé au 3 avril 2017, des éléments médicaux susceptibles de modifier le point de vue du SMR. 19. Par décision du 4 avril 2017, reprenant les termes et conclusions du projet de décision précité du 22 février 2017, l'OAI a refusé toute prestation à l'assurée. Recours pouvait être formé contre cette décision dans les trente jours. 20. Par courrier du 3 avril 2017, reçu le lendemain, s'étant croisé avec l'envoi de ladite décision, l'assurée a indiqué à l'OAI contester le refus d'une prise en charge de son cas par l'AI, répétant être suivie par les Dre K _____, I _____ et B _____. Elle joignait à son courrier des rapports de la Dre K _____ des 21 décembre 2016 et 31 mars 2017. Le rapport de consultation ambulatoire de la douleur du 21 décembre 2016 mentionnait le diagnostic de douleurs neurogènes centrales (en plus d'un status post by-pass gastrique en 2000 avec perte pondérale de 50 kg), une anamnèse, les examens réalisés, les traitements médicamenteux et non médicamenteux antérieurs et une anamnèse psychosociale. Il indiquait ensuite les résultats de l'examen clinique, à savoir un bon état général, des douleurs à la palpation de la masse musculaire du bras droit, des points de fibromyalgie (occiput D, cervical bas D, trapèze D, sus-épineux D, jonction chondro-sternale D, épicydyles D, patte d'oie D), une marche sans particularité (marche pointe-talon sans particularité et station monopodale tenue), une mobilisation sans particularité, ainsi que, sur le plan neurologique, pas de particularité pour la force et les réflexes et une sensibilité superficielle (hypersensibilité au froid hémicorps droit).

L'anamnèse et le status évoquaient la présence de douleurs de type neurogène probablement associées à une sensibilisation centrale; l'assurée décrivait avoir souffert d'une carence en vitamines B12 et E suite à son by-pass, déficits pouvant être responsables de neuropathies et douleurs neurogènes. L'assurée allait participer, dès janvier 2017, à des séances d'un groupe de thérapie cognitivo-comportementale spécialement élaboré pour des patients souffrant de douleurs chroniques. Selon le rapport de consultation ambulatoire de la douleur du 31 mars 2017 de la Dre K_____, les douleurs persistaient, mais la participation au groupe de thérapie cognitivo-comportementale avait permis à l'assurée de retrouver une meilleur moral et à mettre dans sa vie des moyens de décentration et de gestion des douleurs lui permettant de mieux tolérer le travail à 50 % (travail de vente de textiles exigeant une station debout aggravant les douleurs). Au statut du 30 mars 2017, ledit médecin retrouvait à la palpation 14 points de fibromyalgie sur 18 (cervical bas des deux côtés (ddc), trapèze ddc, sus-épineux ddc, jonction chondrosternale ddc, épicondyle ddc, moyen fessier ddc, patte d'oie plus marquée à droite qu'à gauche); la marche était sans particularité (sur la pointe et les talons, station monopodale tenue ddc); il n'y avait pas de limitation à la mobilisation des quatre membres et du rachis dorso-lombaire. Le status neurologique était le suivant : réflexes présents et symétriques aux quatre membres, force conservée et symétrique aux quatre membres, diminution de la sensibilité au piquer au niveau des jambes ddc mais augmentée au niveau de la face latérale de la cuisse ddc, sans allodynie mécanique à ce niveau, sensibilité superficielle au froid, diminuée au niveau des cuisses et des jambes ddc, sensibilité superficielle normale des pieds. En conclusion, le status laissait suspecter des mécanismes de sensibilisation centrale pouvant sous-tendre les douleurs diffuses entrant dans le cadre d'une fibromyalgie associés à des douleurs neurogènes. Il n'était pas réintroduit de traitement médicamenteux, mais la prise en charge physique (bains chauds, piscine) et psychologique (vie sociale, lecture et travail) se poursuivait. 21. Par acte daté du 28 avril 2017, posté le 1^{er} mai 2017, l'assurée a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision précitée de l'OAI du 4 avril 2017, reprenant le contenu de son courrier précité du 21 mars 2017 à l'OAI, puis exprimant son incompréhension que l'OAI ne lui reconnaisse qu'un degré d'invalidité de 20 % alors qu'elle ne pouvait assumer un 50 %. La décision devait avoir été prise sur la base d'un rapport médical qui n'était pas le bon, partant sur le principe d'une SEP qui n'avait jamais pu être confirmée; ses douleurs étaient de type neurogène, plutôt liées à une fibromyalgie. Les douleurs, fourmillements, brulures et acouphènes ne la quittaient plus depuis plus de deux ans, lui laissant très peu d'énergie pour essayer tant bien que mal d'avoir une vie acceptable; il lui était très difficile psychologiquement d'être incapable de faire les choses qu'elle faisait avec plaisir encore deux ans plus tôt; elle avait abandonné ses projets d'avenir; la décision attaquée n'avait fait qu'accentuer ses souffrances. L'assurée demandait que la décision de l'OAI soit reconsidérée. 22. Dans sa réponse au recours du 29 mai 2017, l'OAI s'est référé à un avis du SMR du 22 mai 2017, en indiquant que les derniers éléments médicaux parlaient en faveur d'une fibromyalgie suspectée puis confirmée à partir de septembre 2016 et en concluant à la mise sur pied d'une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pour déterminer si cette affection répondait aux nouveaux indicateurs établis par le Tribunal fédéral pour être considérée comme invalidante. À teneur dudit avis médical du SMR, établi par la docteure L_____, l'assurée avait été adressée par la neurologue I_____ à la consultation de rhumatologie et de la douleur (selon les rapports des 10 juin et 12 août 2016). Le rhumatologue M_____ retenait des douleurs neuropathiques, également un phénomène de

sensibilisation central de type fibromyalgie (selon un rapport du 28 septembre 2016). La Dre K_____, dans ses rapports précités joints au recours, retenait, au vu de nouveaux examens, des mécanismes de sensibilisation centrale pouvant sous-tendre les douleurs diffuses entrant dans le cadre d'une fibromyalgie associées à des douleurs neurogènes. Au vu de la fibromyalgie suspectée puis confirmée depuis septembre 2016, il fallait instruire le cas au regard des indicateurs du Tribunal fédéral du 3 juin 2015. 23. Dans des observations du 19 juin 2017, l'assurée a indiqué être heureuse de savoir qu'une nouvelle expertise allait être effectuée. !endif>![if> EN DROIT 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. !endif>![if> b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI; cf. notamment art. 69 LAI). Le recours, interjeté le 1^{er} mai 2017 contre la décision litigieuse du 4 avril 2017, a été formé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait aux exigences, peu élevées, 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. 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. !endif>![if> 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 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, 3^{ème} 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). 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 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. 2 bis 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-FELLAY, op. cit., n. 81 ss). 3. a. Le litige porte sur la question de savoir si la recourante peut être mise au bénéfice d'une rente d'invalidité. [endif]>![if> b. 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]). En l'espèce, s'agissant de la LAI, dès lors que la demande de prestations de l'AI est intervenue le 19 mai 2015 et que les faits déterminants se sont produits dès la fin de l'année 2014, le droit applicable est le droit actuellement en vigueur, résultant de la dernière révision de la LAI, dite 6a du 18 mars 2011, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012. Au demeurant, à l'instar d'ailleurs des révisions précédentes de la LAI – à savoir celles des 21 mars 2003 [4^{ème} révision] et 6 octobre 2006 [5^{ème} révision], entrées en vigueur respectivement les 1^{er} janvier 2004 et 1^{er} janvier 2008 –, ladite révision 6a n'a 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). 4. a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demie rente, un trois quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI). b. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité d'accomplir les travaux habituels 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). La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est pas à elle seule déterminante; elle n'est prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins

un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi faut-il, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 5. a. En l'espèce, se fondant sur le dernier avis médical du SMR faisant lui-même référence aux rapports de la Dre K_____ des 21 décembre 2016 et 31 mars 2017, l'intimé retient, pour le moins comme suspicion, une fibromyalgie depuis septembre 2016, devant être investiguée au regard des indicateurs développés récemment par le Tribunal fédéral. Il sied d'exposer brièvement le cadre juridique de cette pathologie. b. Il a déjà été relevé (cf. consid. 4), 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 (autrement appelées « 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; 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). 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 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). 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 ou une mauvaise acceptation d'un traitement recommandé est ou non une conséquence inévitable d'une anosognosie. 6. a. En l'espèce, l'intimé n'a pas mené d'investigation sur le point de savoir si la recourante pouvait ou non prétendre à des prestations de l'AI, en particulier si elle a une invalidité tenant (éventuellement aussi) à une fibromyalgie, que ce soit au regard de l'ancienne ou de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral sur les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable et autres affections psychosomatiques assimilées, dont la fibromyalgie. [endif]>[if> Il admet qu'une instruction doit se faire à ce propos. Quant à elle, la recourante partage manifestement cet avis, puisque, dans ses observations, elle s'est dite heureuse qu'une nouvelle expertise ait lieu. b. Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle

instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (ATF non publié 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). À l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2, cf. aussi ATF 137 V 210 consid. 4.4.1; ATAS/204/2016 du 15 mars 2016 consid. 3b). Il n'incombe pas à la chambre de céans de compléter et approfondir l'instruction du dossier sur une question non examinée dans le cadre de la procédure administrative. L'instruction doit se faire fondamentalement par et devant l'intimé, au surplus sur des bases actualisées. c. Le recours doit être admis partiellement, la décision attaquée être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire, dans la pleine mesure imposée par la maxime inquisitoire, puis pour nouvelle décision. La recourante n'en doit pas moins être consciente qu'il lui faut collaborer activement à l'établissement des faits. 7. 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), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté au minimum de CHF 200.-. [endif]>[if> La recourante n'étant pas représentée par un avocat, il n'y a pas lieu de lui allouer d'indemnité de procédure, même si elle obtient partiellement gain de cause (art. 61 let. g LPG). * * * * * 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.