

GE_GERICHTE A/1633/2011 vom 7. März 2012

GE Cour de justice, 2012-03-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1633_2011

FR: GE_GERICHTE A/1633/2011 du 7 mars 2012

IT: GE_GERICHTE A/1633/2011 del 7 marzo 2012

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Madame H_____, domiciliée à Vernier, représentée par APAS-ASSOCIATION POUR LA PERMANENCE DE DÉFENSE DES PATIENTS ET DES ASSURÉS recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Madame H_____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1954, originaire du Kosovo, vit en Suisse depuis 1991. Elle a exercé une activité de nettoyeuse pour le compte de l'entreprise X_____ SA, à raison de 30 heures par semaine. En incapacité de travail depuis 2001, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après: l'OAI ou l'intimé) en date du 5 février 2004. Dans son rapport du 1^{er} mars 2004, le Dr L_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecin traitant de l'assurée, a diagnostiqué une fibromyalgie, un état dépressif, de l'asthme, un reflux gastro-oesophagien et une obésité. Il a attesté que sa patiente était en incapacité de travail à 100 % depuis le 22 juillet 2001. En date du 10 juin 2004, X_____ SA a rempli le questionnaire pour employeur à l'attention de l'OAI. Elle a indiqué que l'assurée avait travaillé dans son entreprise du 30 janvier 2002 au 28 février 2003 et qu'elle avait été en incapacité totale de travail depuis le 14 novembre 2002. L'OAI a mis en œuvre un examen bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) auprès du Service médical régional AI (ci-après: le SMR). Dans leur rapport du 8 mai 2006, les médecins du SMR n'ont retenu aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail. Par décision du 13 novembre 2006, entrée en force, l'OAI a refusé toute prestation à l'assurée, au motif qu'elle ne présentait aucune affection invalidante au sens de la loi et que sa capacité de travail était entière dans les activités professionnelles déjà exercées ainsi que dans la tenue de son ménage. Le 28 novembre 2008, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Dans un rapport du 17 novembre 2009, le Dr M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de l'Association Appartenances, a indiqué qu'il suivait la patiente depuis le 14 février 2007. Il a diagnostiqué un trouble panique (F41.0), un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), un syndrome douloureux persistant (F45.4) et d'autres troubles spécifiques de la personnalité (F.60.8). Selon le praticien, les plaintes somatiques étaient omniprésentes, occupaient totalement le devant de la scène et constituaient une préoccupation intense. Le degré d'anxiété était très important. S'agissant du pronostic, le psychiatre a expliqué qu'une évolution favorable dans le sens d'une réduction des symptômes dépressifs et anxieux, permettant notamment une récupération d'une certaine capacité de travail, apparaissait impossible actuellement en raison de l'aspect multifactoriel de la symptomatologie douloureuse dans un contexte de comorbidité de trouble anxieux et de trouble de la personnalité. La chronicité des troubles associée à l'aspect limité de l'introspection avaient abouti à une réduction importante de la mobilité psychique. La prise

en charge visait, sur un long terme, de permettre à cette patiente de pouvoir se mobiliser sur des activités quotidiennes occupationnelles, de réduire son isolement au sein d'un groupe de pairs et de permettre une gestion du stress et des émotions de manière à favoriser son autonomie fonctionnelle. Selon le praticien, l'incapacité de travail était de 100% depuis février 2007. L'OAI, se fondant sur un avis du SMR, a mis en œuvre une expertise interdisciplinaire auprès du Centre d'expertise médicale de Genève (ci-après: le CeMED). L'assurée a été examinée par les Drs N_____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation - médecine du sport, et O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 12 novembre 2010, les experts ont retenu, au titre des diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, une uncarthrose cervicale sténosante en C5-C6, un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen et un syndrome douloureux somatoforme persistant. Dans l'appréciation du cas, les experts ont mentionné que d'un point de vue organique, il y avait surtout une atteinte cervicale pouvant expliquer les douleurs à ce niveau et possiblement les céphalées. Malgré tout, les plaintes dépassaient largement ce cadre, notamment au niveau lombaire et des genoux, pour lesquelles il n'y avait pas de substrat organique. Selon l'expert psychiatre, ces douleurs pouvaient constituer l'unique voie d'expression de la souffrance psychique et permettre ainsi d'attirer l'attention et d'obtenir l'aide des membres de la famille. Il existait ainsi une véritable souffrance morale, probablement en lien avec un sentiment d'isolement et un vécu de vie difficile. Après avoir discuté des critères de gravité jurisprudentiels selon Mosimann afin d'évaluer l'éventuel état incapacitant du trouble somatoforme douloureux, le psychiatre a conclu qu'en l'état actuel une partie desdits critères étaient présents, de sorte qu'un certain taux d'incapacité de travail devait être retenu. En consensus, les experts ont conclu que les atteintes psychiques et physiques limitaient le temps de travail et certains gestes ou certaines postures nécessaires dans une activité de nettoyeuse. Pour autant que l'activité habituelle puisse respecter en grande partie les limitations physiques, une capacité de travail résiduelle subsistait de l'ordre de 2 heures par jour (20 - 30%). L'atteinte psychique avait réduit la capacité de travail à 50% dès 1997. Quant aux troubles dégénératifs cervicaux de l'assurée, ils étaient probablement devenus significatifs peu avant son licenciement en 2002. Concernant l'évolution de l'incapacité de travail, les experts ont estimé une incapacité durable de 50%, avec des pics dépressifs limités entraînant une incapacité limitée dans le temps. La capacité de travail s'était ensuite progressivement aggravée pour n'être plus que de 25%, sans pouvoir dater ceci de manière précise. Dans une activité adaptée respectant les limitations, la capacité de travail était de 50%, à raison de deux fois deux heures par jour, avec une pause minimale de deux heures. Dans un avis du 10 janvier 2011, le SMR, sous la plume du Dr P_____, spécialiste FMH en médecine interne, s'est écarté des conclusions de l'expert psychiatre, relevant qu'un épisode dépressif de gravité moyenne était intégré à la fibromyalgie ou au trouble douloureux somatoforme et qu'il ne pouvait être considéré comme une comorbidité psychiatrique. Il a également nié l'existence d'une affection corporelle chronique incapacitante, l'échec des traitements conformes aux règles de l'art ainsi que la perte d'intégration psychosociale qui devait être mise en relation avec une barrière sociale parallèle au manque d'intégration avec une quasi méconnaissance du français. Finalement, seul un état psychique cristallisé était susceptible d'être retenu, de sorte que le syndrome somatoforme douloureux ne correspondait pas aux critères de la jurisprudence. Le 24 janvier 2011, l'OAI a rendu un projet de décision de refus de prestations, que l'assurée a contesté. Par courrier du 2 mars 2011, le Dr L_____, après avoir pris connaissance de l'expertise des médecins du CeMed, a relevé que le projet de

décision allait à l'encontre des conclusions de cette expertise qui reconnaissaient une incapacité de travail de 50 % dans tous les types de travail. Par avis du 28 avril 2011, le SMR a considéré avoir expliqué de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles il s'écartait des conclusions de l'expert psychiatre, les facteurs sociaux n'étant au surplus pas reconnus par la loi. Le 5 mai 2011, l'OAI a notifié à l'assurée une décision de refus de prestations, au motif que les critères pour la reconnaissance d'une maladie invalidante au sens de la loi n'étaient pas remplis et que sa capacité de travail était entière tant dans la sphère professionnelle que ménagère. Par acte du 30 mai 2011, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, alléguant que sur le plan psychique, elle souffrait d'un état dépressif sévère, qu'elle présentait une grave atteinte cervicale et que les experts avaient admis une capacité de travail de 25% au maximum. Elle a sollicité un délai pour compléter son recours. Dans son écriture complémentaire du 28 juin 2011, la recourante, représentée par l'Association pour la permanence de défense des patients et des assurés (ci-après: l'APAS), a relevé que l'expertise du CeMed présentait d'importantes lacunes, notamment sous l'angle de l'évolution dans le temps. Les experts ne s'étaient pas posés sérieusement la question d'une aggravation en 2007, soit postérieurement à l'examen du SMR de 2006. Ils n'avaient pas non plus indiqué pour quelles raisons ils s'écartaient de l'avis du psychiatre traitant, lequel n'avait apparemment pas été contacté, ni pourquoi ils s'écartaient tant des diagnostics que de l'évaluation faite par le SMR en 2006. Ces critiques ne sauraient toutefois, selon la recourante, invalider la pertinence de l'ensemble de l'expertise. En effet, sur le plan somatique, la pathologie cervicale avait été objectivée par les radiographies de la colonne cervicale du 8 octobre 2010, à la demande des experts. Ensuite, l'évaluation de la capacité de travail résiduelle au plan physique découlait d'un examen clinique exhaustif et objectivé, de sorte que l'expertise pouvait être tenue pour probante. Sur le plan psychiatrique, dans la mesure où l'incapacité de travail était moins importante que celle retenue sur le plan physique, le problème posé par les lacunes pouvait rester ouvert. Quant au SMR, la recourante a fait valoir que le Dr P _____, qui n'était ni psychiatre ni rhumatologue, n'avait fait que revisiter l'expertise, sélectionnant quelques phrases hors de leur contexte. Il en déduisait une interprétation personnelle, corrigeait la manière dont les experts avaient posé leur diagnostics et dissertait sur des notions purement juridiques, ce qui n'était pas de sa compétence. Ledit avis devait ainsi être écarté. La recourante a conclu à l'admission du recours et au renvoi de la cause à l'intimé pour calcul du taux d'invalidité sur la base d'une capacité de travail de deux fois 2 heures par jour. Dans sa réponse du 11 juillet 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a soutenu que le SMR ne s'était écarté des conclusions de l'expertise que concernant le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux et a relevé que selon la jurisprudence, un épisode dépressif moyen dans le cadre d'une fibromyalgie ne pouvait pas être considéré en tant que tel comme une comorbidité psychiatrique importante, mais bien plutôt comme une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé. Dans le cadre de l'instruction, la Cour de céans a interpellé le CeMed, puis le Dr N _____, aux fins de savoir si et depuis quand, compte tenu des seules limitations fonctionnelles somatiques et abstraction faite des problèmes psychiques, la recourante présente une capacité résiduelle de travail. Le cas échéant, l'expert était invité à motiver sa réponse et d'indiquer le taux de la capacité de travail, ce tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, ainsi que la diminution de rendement éventuelle. Dans sa réponse du 5 décembre 2011, le Dr N _____ indique qu'il est difficile de répondre uniquement du point de vue somatique. En effet, l'assurée présente un problème douloureux avec une composante clairement

physique, mais aussi une intrication significative avec les différents autres facteurs psychiques et socio-culturels. Les études ont montré que l'importance des douleurs et des limitations fonctionnelles n'on finalement qu'une mauvaise corrélation avec les images radiologiques, même les plus modernes. Le praticien se réfère à la littérature médicale et indique qu'il a d'ailleurs été démontré que les facteurs psychosociaux permettaient de prévoir l'incapacité fonctionnelle de manière plus fiable que l'imagerie médicale dans le cas de troubles dégénératifs de la colonne vertébrale ou d'hernie discale. L'autre partie subjective concerne les contractures musculaires, qui peuvent être primaires dans le cadre d'un syndrome somatoforme ou secondaire dans le cadre de troubles dégénératifs. En plus de l'arthrose cervicale postérieure, l'assurée présente un rétrécissement d'un trou de conjugaison, ce qui peut entraîner un conflit constant ou intermittent avec les racines nerveuses et expliquer les contractures ainsi que les douleurs. Malheureusement, il n'existe pas d'examen médical objectif pour confirmer les contractures musculaires et l'examen clinique est rendu plus difficile en raison de l'obésité et de l'appréhension de la douleur chez l'expertisée. Avec l'expérience clinique, on peut palper la présence de contractures musculaires et celles-ci corroborent avec les atteintes du rachis cervical visualisé à l'imagerie. S'agissant de la capacité de travail résiduelle, en ne tenant compte que de l'atteinte cervicale, l'expert indique qu'elle est de 50 % répartie en deux fois deux heures, dans un poste sédentaire, permettant l'alternance des positions et évitant les positions statiques prolongées et évitant le port de charges, les gestes répétitifs avec les membres supérieurs ou au-dessus de l'horizontale, ce sans diminution de rendement. L'activité de nettoyage est déconseillée ou alors possible jusqu'à 2 heures par jour, pour autant qu'il soit possible de limiter au maximum le port de charges et les gestes répétitifs. Dans ses écritures du 21 décembre 2011, la recourante persiste dans ses conclusions, le rapport du Dr N_____ venant pleinement corroborer ses arguments. L'OAI conclut quant à lui au rejet du recours, se référant à l'avis du Dr P_____, du SMR Suisse romande, du 9 janvier 2012. Le médecin du SMR souligne que l'expert exprime ses difficultés d'apprécier la part purement somatique de l'affection. Cela étant, lors de la constatation de lésions radiologiques nettes, la prise en compte de douleurs articulaires ne fait pas l'objet de discussion, à l'inverse des cas de fibromyalgie ou de tendinites d'insertion qui n'ont pas de substrat radiologique, le modèle bio-psycho-social n'étant pas reconnu par la jurisprudence. L'expert N_____ a d'ailleurs le mérite de reconnaître que les contractures musculaires sont en grande partie de l'ordre de la subjectivité. Concernant le rétrécissement du trou de conjugaison qui peut entraîner un conflit, il ne s'agit-là que d'une spéculation. Le SMR rappelle la discordance décrite dans l'expertise à propos du rachis cervical, avec lors de l'entretien, une mobilité spontanée, relativement libre, tout en relevant que les restrictions de cette mobilité ne sont pas importantes et peuvent être imputées à la contracture musculaire du muscle angulaire de l'omoplate et des trapèzes à droite. Ces contractures minimales ne peuvent avoir, de manière conséquente, d'influence sur la capacité de travail. Enfin, l'atteinte C5-C6 est extrêmement fréquente à partir d'un certain âge et en absence d'évidence de compression neurologique avec syndrome radiculaire ou d'arthrose particulièrement importante entraînant des limitations de la mobilité, la possibilité d'entraîner un conflit constant ou intermittent avec des racines nerveuses et d'expliquer des contractures ainsi que les douleurs est purement spéculative. Les douleurs présentées s'inscrivent dans le cadre de la fibromyalgie qu'il convient d'appréhender selon les critères de Meyer Blaser. Aussi, l'expertise du Dr N_____ n'est pas convaincante, notamment parce qu'il a pris en compte des facteurs bio-psycho-sociaux et procédé à un raisonnement

spéculatif. Après communication de cette écriture à la recourante, 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 est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 consid. 1 et ATF 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, sont régies par le même principe et sont donc applicables. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985, - LPA ; RS E 5 10). L'objet du litige consiste à déterminer si c'est à juste titre que l'intimé a rejeté la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante, motif pris qu'elle ne présente aucune atteinte à la santé invalidante. a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. 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 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). b) Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, 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 demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. 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 ; ATF A non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 , consid. 5.3). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que

les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 , consid. 1.2). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 135 V 65 , consid. 4.2.2; ATF 9C_387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3.2). D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, 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), de 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 (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in: *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret. a) Au sujet du critère de la comorbidité psychiatrique (qui se place au premier plan pour déterminer si l'assuré dispose ou non des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs), un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante. Il en va de même du diagnostic de trouble dysthymique (F34.1). En effet, les états dépressifs constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (arrêt D. du 20 avril 2006, I 805/04, consid. 5.2.1). Le Tribunal fédéral des assurances a également considéré qu'une personnalité à traits histrioniques ne constituait pas non plus, à côté du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) une comorbidité psychiatrique autonome du trouble fibromyalgique (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). b) S'agissant des affections corporelles chroniques, il doit exister une limitation fonctionnelle sur le plan somatique (notamment ATFA du 12 juin 2006, cause I 317/05). c) Concernant l'état psychique cristallisé, des éléments biographiques difficiles (relations conflictuelles au travail, divorce, possible traumatisme sexuel sans contact physique durant l'enfance) sont des indices plaidant en faveur d'un tel état, si tant est que l'assuré ne démontre pas en même temps une attitude théâtrale et revendicative et émette des déclarations discordantes au sujet de ses douleurs donnant à penser qu'il cherche une

compensation de ses souffrances par l'AI. Le fait d'affirmer ne plus être en mesure d'exercer une quelconque activité tout en étant capable de s'occuper du ménage et d'un enfant sont des indices faisant plutôt apparaître un profit secondaire tiré de la maladie (ATFA du 20 mars 2006, cause I 644/04). Un tel état ne saurait être admis lorsque l'assuré n'a pas suivi de traitement psychiatrique durable et que, par ailleurs, il fait preuve d'une mauvaise compliance médicamenteuse (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04, voir aussi ATFA du 21 avril 2006, cause I 483/05), lorsqu'il a uniquement pris un traitement d'anxiolytiques et non pas d'antidépresseurs (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), lorsque la poursuite du traitement est susceptible d'améliorer la symptomatologie d'anxiété (ATFA du 8 juillet 2004, cause I 380/03), lorsque l'épisode dépressif moyen est en rémission complète (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05), lorsqu'aucun élément psychotique, aucune souffrance ou dysfonctionnement personnel, professionnel et social, ni encore des traits d'une personnalité dissociée ne peuvent être retenus (ATFA du 25 novembre 2004, cause I 450/03), en l'absence d'une source de conflit intrapsychique ou situation conflictuelle externe (ATFA du 23 juin 2004, cause I 272/03), lorsque l'état de l'assuré est susceptible de s'améliorer grâce à la stabilisation de la vie familiale et à l'instauration d'un traitement antidépresseur (ATFA du 10 novembre 2005, cause I 638/04), lorsque l'état psychique est stabilisé grâce à une médication adéquate et qu'un suivi psychothérapeutique constituerait un traitement adéquat des troubles en cause (ATFA du 12 septembre 2005, cause I 497/04), lorsque l'assuré fait état d'une envie de travailler et d'une certaine ambition sociale (ATFA du 13 juillet 2005, cause I 626/04). d) S'agissant de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, elle n'est pas réalisée dès lors que l'assuré effectue des promenades avec des amis qu'il voit fréquemment et maintient des contacts sociaux avec sa famille (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04), qu'il bénéficie d'une vie familiale épanouie, reçoit des amis et se rend chez eux (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), qu'il a une vie retirée, passant beaucoup de temps à la maison mais a gardé un certain réseau d'amis qui viennent le voir ou auxquels il rend visite (ATFA du 29 novembre 2005, cause I 665/04), qu'il se dit bien entouré sur le plan familial (ATFA du 16 août 2005, cause I 539/04), qu'il vit dans une situation de retrait mais qu'il a des contacts réguliers avec ses proches et qu'il retourne régulièrement dans son pays d'origine avec sa famille ou des amis (ATFA du 2 mars 2005, cause I 690/04), qu'il est à même d'entretenir des contacts sociaux, d'exercer des activités sportives (natation) et de loisir (promenade) (ATFA du 8 juin 2005, cause I 361/04). 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). a) 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). b) Selon le principe de libre

appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3). c) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI, RS 831.201). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3 et ATF 117 V 200 consid. 4b ainsi que les références). Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, le contrôle par l'autorité judiciaire n'est pas nécessaire, s'agissant de l'appréciation du caractère plausible des allégations de l'assuré (ATF 109 V 114 consid. 2b). En l'espèce, il s'agit de déterminer si l'état de santé de la recourante s'est aggravé dans une mesure susceptible de modifier son droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Pour ce faire, il convient de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision de refus des prestations entrée en force - soit en l'occurrence le 13 novembre 2006 - reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4). a) L'examen bidisciplinaire effectué par les médecins du SMR le 8 février 2006 avait conclu à l'absence de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Sur le plan psychique, les médecins n'avaient retenu

aucune anomalie de développement mental, ni aucune atteinte à la santé d'ordre psychiatrique (notamment aucun signe spécifique de dépression). L'assurée ne présentait pas non plus de trait prémorbide de la personnalité. Il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique, d'affection corporelle chronique ou de perte d'intégration sociale. Les douleurs alléguées étaient divergentes par rapport aux comportements observés, les informations fournies ne concordaient pas avec celles ressortant de l'anamnèse et la démonstrativité des plaintes avait laissé l'expert insensible au vu des incohérences. Sur le plan somatique, l'examen clinique avait dû être interrompu en raison d'un manque de collaboration de l'assurée. Les médecins avaient retenu le diagnostic de fibromyalgie posé par le Dr L_____, sans atteinte somatique sur le plan ostéoarticulaire pouvant avoir un caractère invalidant. Les autres diagnostics sans caractère invalidant retenus étaient celui d'une hypertension artérielle, d'une hyper-cholestérolémie, d'une obésité et d'un vraisemblable reflux gastro-oesophagien dans un contexte de gastrite avec recherche d'*Helicobacter pylori* positif. b) Dans le cadre de la nouvelle demande, l'intimé a confié une expertise interdisciplinaire aux médecins du CeMED, lesquels ont rendu leur rapport en date du 12 novembre 2010. Ils ont estimé que dans une activité adaptée respectant les limitations, la capacité de travail de l'assurée était de 50%, à raison de deux fois deux heures par jour, avec une pause minimale de deux heures, tant pour des raisons psychiques que somatiques. Sur le plan psychique, les experts ont retenu au titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen et un syndrome douloureux somatoforme persistant. Sur le plan somatique, les experts ont retenu, au titre de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, une uncarthrose cervicale sténosante en C5-C6. Cette atteinte cervicale pouvait expliquer les douleurs à ce niveau et possiblement les céphalées. Malgré tout, les plaintes dépassaient largement ce cadre, notamment au niveau lombaire et des genoux, pour lesquelles il n'y avait pas de substrat organique. Il appartient dès lors à la Cour de céans de déterminer si l'expertise du CeMED dispose d'une pleine valeur probante et, dans l'affirmative, de déterminer s'il y a eu aggravation ou toute autre modification de l'état de santé de la recourante et, le cas échéant, le caractère invalidant des atteintes retenues par les experts. a) La recourante estime que malgré d'importantes lacunes, l'expertise du CeMED doit se voir reconnaître pleine valeur probante, de sorte qu'elle présenterait une capacité résiduelle de travail de seulement deux fois 2 heures par jour. b) L'intimé a pour sa part suivi l'avis des médecins du SMR, lesquels se sont écartés des conclusions de l'expertise concernant le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux, relevant que selon la jurisprudence, un épisode dépressif de gravité moyenne était intégré à la fibromyalgie ou au trouble douloureux somatoforme et qu'il ne pouvait être considéré comme une comorbidité psychiatrique. Il a également nié l'existence d'une affection corporelle chronique incapacitante, l'échec des traitements conformes aux règles de l'art ainsi que la perte d'intégration psychosociale qui devait être mise en relation avec une barrière sociale parallèle au manque d'intégration avec une quasi méconnaissance du français. Finalement, seul un état psychique cristallisé était susceptible d'être retenu, de sorte que le syndrome somatoforme douloureux ne correspondait pas aux critères jurisprudentiels. c) La Cour de céans relève que lors de leur expertise, les médecins du CeMED ont procédé à un examen complet et minutieux de l'état de santé de la recourante. Pour ce faire, les experts se sont appuyés sur l'entier du dossier, notamment sur les rapports des médecins ayant examiné la patiente auparavant, de sorte qu'on ne peut que constater que leur rapport se base sur un dossier bien étayé. Une anamnèse complète a été réalisée et le rapport d'une quinzaine de

pages est circonstancié. L'état de santé de la recourante a fait l'objet d'exams approfondis, ses plaintes ont été prises en compte et les médecins ont procédé à une discussion et une appréciation du cas détaillée. L'expertise des médecins du CeMED revêt par conséquent pleine valeur probante. c/aa) Sur le plan psychique, les médecins du CeMED ont retenu le diagnostic de trouble somatoforme, au contraire de ce qui était le cas en 2006. Il s'agit donc de déterminer si les critères permettant de retenir le caractère incapacitant dudit trouble sont réalisés. Concernant les critiques des médecins du SMR à cet égard, la Cour souligne que le fait de porter des appréciations juridiques n'est pas de la compétence du médecin (ATFA du 4 juin 2003, cause I 748/02, consid. 4.2). Néanmoins, les critiques formulées par le service médical de l'intimé basées sur les critères de MEYER-BLASER à l'encontre des conclusions de l'expertise sur le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux ne sont pas pour autant infondées. Au contraire, il est vrai que l'affection en cause, soit le trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen, qui constitue une manifestation (réactive) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine; MEYER-BLASER, op. cit., p. 81, note 135), ne suffit pas à établir en l'espèce l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une gravité suffisamment importantes pour admettre qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de réintégrer un processus de travail n'est pas exigible de la part de la recourante (voir arrêt non publié I 488/04 du 31 janvier 2006). Il convient donc à ce stade d'examiner la présence éventuelle d'autres éléments dont le cumul permet d'apprécier le caractère invalidant du trouble somatoforme en question. Au vu des conclusions des médecins du CeMED, en particulier la constatation d'une uncarthrose cervicale sténosante vraisemblablement présente depuis 2002, on peut admettre que la recourante présente une affection corporelle chronique. En revanche, il n'apparaît pas qu'elle subisse une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie: au dire des experts, même si elle se décrit très limitée dans toutes les activités ménagères, la recourante s'occupe seule de la préparation des repas durant la journée et va quotidiennement faire des courses à la MIGROS; de plus, ainsi que le relèvent à juste titre les médecins du SMR, si l'intégration de la recourante est particulièrement déficiente, c'est en grande partie dû à une méconnaissance du français qui est un facteur culturel non reconnu par l'AI. Par ailleurs, les experts du CeMED sont d'avis que la recourante n'a pas épuisé toutes ses ressources sur le plan de la capacité de travail et qu'une amélioration de l'efficacité du traitement antidépresseur et une thérapie de type cognitif comportemental avec des objectifs clairs de reconditionnement pourrait améliorer sa capacité de travail; on ne saurait donc conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé marquant une libération du processus de résolution du conflit, sans évolution possible sur le plan thérapeutique. Au regard de ces éléments, la Cour de céans considère que le trouble somatoforme douloureux ne se manifeste pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, il exclut toute mise en valeur de la capacité de travail de la recourante. Il y a lieu d'admettre, au contraire, le caractère exigible d'un effort de volonté de sa part en vue de surmonter la douleur et se réinsérer pleinement dans un processus de travail. L'office intimé était par conséquent fondé à s'écarter des conclusions des experts du CeMED quant au caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux. c/bb) L'atteinte psychique n'étant pas invalidante, il convient de déterminer si l'atteinte somatique l'est. Les médecins du CeMED ont retenu le diagnostic d'uncarthrose cervicale sténosante en C5-C6. Selon eux, les troubles cervicaux de la recourante limitaient son temps de travail et surtout toutes les activités sollicitant la nuque ou la ceinture scapulaire, avec par exemple des gestes répétitifs ou amples, ainsi que des

positions statiques prolongées. La capacité de travail comme femme de ménage était donc diminuée. Il était par contre beaucoup plus difficile de préciser le taux d'incapacité ou le nombre d'heures par jour, car cela dépendrait précisément du cahier des charges, c'est-à-dire de savoir à quelle intensité la ceinture scapulaire et la nuque seraient sollicitées. En envisageant un travail de nettoyeuse relativement léger, un taux d'activité de 2 heures par jour devait être possible d'un point de vue médico-théorique. Dans un travail adapté respectant les limitations fonctionnelles, on pouvait envisager un travail à 50% à raison de deux fois 2 heures par jour au maximum, tant pour des raisons psychiques que physiques. Selon les experts, les troubles dégénératifs cervicaux de la recourante étaient probablement devenus significatifs peu avant son licenciement en 2002. Or, la Cour de céans constate que les médecins du SMR n'avaient pas fait état de tels problèmes cervicaux lors leur examen du 8 février 2006. Un examen rhumatologique détaillé n'avait toutefois pas été possible en 2006 en raison d'un manque de collaboration flagrant de la recourante et d'un discours incohérent. Selon les médecins du CeMED, cette atteinte cervicale pouvait expliquer les douleurs à ce niveau et possiblement les céphalées de la recourante. Malgré tout, les plaintes dépassaient largement ce cadre, notamment au niveau lombaire et des genoux, pour lesquelles il n'y avait pas de substrat organique. En somme, il existait bien des douleurs dont certaines pouvaient être mises en relation avec des événements somatiques, mais ces douleurs semblaient en fait constituer l'unique voix d'expression de la souffrance psychique permettant d'attirer l'attention et d'obtenir l'aide des membres de la famille. Ainsi que l'a relevé à juste titre le SMR dans son avis médical du 10 janvier 2011, la recourante a fait preuve de peu de collaboration lors de son examen somatique par les médecins du CeMED. Invité par la Cour de céans à préciser quelle était la capacité de travail résiduelle compte tenu de l'atteinte somatique uniquement, le Dr N_____ a indiqué qu'il lui était difficile de répondre, dès lors que l'expertisée présente un problème douloureux avec une composante clairement physique, mais aussi une intrication significative avec les différents autres facteurs psychiques et socio-culturels. La recourante présente, en plus de l'arthrose cervicale postérieure, un rétrécissement d'un trou de conjugaison, ce qui peut entraîner un conflit (par irritation ou compression) constant ou intermittent avec les racines nerveuses et expliquer les contractures ainsi que les douleurs. Or, ainsi que le SMR le fait remarquer, les limitations sont minimales et le Dr N_____ admet lui-même qu'il n'existe pas d'examen médical objectif pour confirmer les contractures musculaires et que l'examen clinique est rendu plus difficile en raison de l'obésité et de l'appréhension de la douleur. Enfin, des discordances avaient d'ailleurs déjà été relevées dans le rapport d'expertise du CeMED. Dès lors, l'hypothèse d'un conflit évoquée par le Dr N_____ ne peut être retenue, en l'absence d'un substrat organique clairement établi, et les facteurs socio-culturels n'entrent en l'espèce pas en ligne de compte lors de l'appréciation de la capacité de travail résiduelle. Par conséquent, comme en 2006, il n'y a pas d'atteinte somatique justifiant en tant que telle la baisse de rendement retenue par les experts. En conclusion, la Cour de céans considère que les troubles cervicaux de la recourante ne sont pas invalidants et qu'une aggravation de son état de santé sur le plan somatique n'a pas été établie. Il résulte de tout ce qui précède que le recours doit être rejeté dans le sens des considérants et la décision de l'intimé du 5 mai 2011 confirmée. En vertu de l'art. 61 let. g LPGA, seul le recourant obtenant gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens. Compte tenu de l'issue du litige, la recourante sera par conséquent déboutée de sa conclusion y relative. En vertu de l'art. 69 al. 1bis LAI, entré en vigueur le 1^{er} juillet 2006, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant la Cour de céans

est soumise à des frais de justice, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de 200 fr. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette dans le sens des considérants. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante. 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 Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE 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.