

## **GE\_GERICHTE A/1802/2014 vom 29. Februar 2016**

GE Cour de justice, 2016-02-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1802\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1802_2014)

FR: GE\_GERICHTE A/1802/2014 du 29 février 2016

IT: GE\_GERICHTE A/1802/2014 del 29 febbraio 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 10**

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée c/o Monsieur B\_\_\_\_\_, à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Gustavo DA SILVA recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1952, originaire du Portugal, mariée et mère de cinq enfants majeurs, a rejoint son époux en Suisse en 2004. Elle a commencé à travailler en qualité d'employée d'entretien pour la société C\_\_\_\_\_ SA (ci-après l'employeur) dès septembre 2004 à raison de 10 heures par semaine, puis 15 heures par semaine à partir du 17 janvier 2005. <sup>1</sup> En date du 14 septembre 2006, l'assurée a été agressée sur son lieu de travail par un résident atteint de troubles psychiques qui lui a asséné plusieurs coups violents sur le membre supérieur droit. Malgré la pose d'un plâtre pendant quatre semaines, les douleurs et une raideur ont persisté. En novembre 2006, une altération dégénérative modérée des structures osseuses du coude avec la présence de plusieurs corps libres intra-articulaires ossifiés a été diagnostiquée. <sup>2</sup> Le 20 mars 2007, l'assurée a subi une arthroscopie au coude droit avec un toilettage articulaire, une ostéophylectomie, un débridement de la fossette olécraniennne, une capsulotomie antérieure et une libération du nerf médian. Deux mois après l'opération, elle a développé une maladie de Sudeck qui a entraîné un enraidissement progressif du membre supérieur droit et des douleurs persistantes. Entre le 19 octobre 2006 et le 14 avril 2008, elle a bénéficié de 76 séances de physiothérapie et d'un suivi ergothérapeutique. <sup>3</sup> En date du 17 juillet 2007, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI), mentionnant être en incapacité totale de travail depuis le 14 septembre 2006, en raison d'une atteinte à son coude droit. <sup>4</sup> Le 28 septembre 2007, elle a indiqué, dans le questionnaire servant à déterminer son statut, qu'elle aurait travaillé à 100% depuis 2004 si elle avait été en bonne santé, mais qu'elle travaillait uniquement 3 heures par jour en raison d'un manque de travail de son employeur. <sup>5</sup> En date du 16 novembre 2007, l'assurée s'est sérieusement brûlée aux deux jambes après qu'une marmite qu'elle tentait de soulever lui eut glissé des mains. <sup>6</sup> Le 15 mai 2008, une arthrodèse sous-astragalienne a été pratiquée. Selon le compte rendu opératoire du 27 mai 2008, l'assurée était suivie depuis trois ans pour des douleurs en relation avec une arthrose sous-astragalienne dans le cadre d'une dysmorphie de l'arrière-pied, avec une hypercaptation localisée, résistant au traitement conservateur. La pathologie avait été révélée suite à une entorse de la cheville droite survenue en 2005 <sup>7</sup> Le 19 mars 2009, en raison de la persistance des douleurs et de la non-consolidation, une ré-arthrodèse talo-calcaléenne a été pratiquée afin de stabiliser l'articulation. Après une légère amélioration, les douleurs se sont à nouveau intensifiées. La mobilité du membre inférieur droit de l'assurée a nettement

diminué et l'intéressée a compensé en sollicitant davantage le membre inférieur gauche, lequel était de plus en plus douloureux. 9. Le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la SUVA), assureur-accidents ayant pris en charge les suites des sinistres précités, a rendu un rapport final le 17 septembre 2009. Selon ce document, l'assurée signalait des douleurs au niveau de son pied qui remontaient en direction du genou, accompagnées d'une diminution de la mobilité, ainsi que des douleurs de tout le membre supérieur droit avec une irradiation proximale au niveau de la nuque, jusqu'à l'oreille droite. Elle marchait avec une boiterie et le pied en rotation externe de 35° à 40°, tenait son membre supérieur droit avec l'épaule relevée et tassée contre le tronc et le coude à angle droit. Au status, le médecin d'arrondissement a constaté une mobilité limitée de l'épaule droite (abduction limitée à 45°, antépulsion à 100°, rétropulsion à 20° et rotation externe à 20°) alors que les mouvements de l'épaule gauche étaient libres et normaux. Au niveau du coude droit, l'extension/flexion était de 10/0/110° et les mouvements du coude à gauche étaient tout à fait symétriques. Concernant les chevilles, les flexion/extension étaient de 20/0 à droite et de 40/0/20 à gauche et les inversion/réversion de 30/0 à droite et 60/0/20 à gauche. Actuellement, l'assurée pouvait se déplacer sur de courtes distances d'un pas normal, mais il lui était difficile d'accélérer ou de courir. Elle pouvait exercer les mouvements de l'activité quotidienne (toilette, ménage évitant les efforts, commissions en portant celles-ci de son membre supérieur gauche). La reprise d'une activité physique ou manuelle légère en position assise et ne nécessitant pas une habileté manuelle particulière était possible. Il existait un dommage permanent et il était proposé que la SUVA prenne en charge, pendant les trois prochaines années, des séances de physiothérapie, des médicaments anti-inflammatoires et deux consultations annuelles chez le médecin-traitant.

10. La SUVA a versé à l'assurée une indemnité journalière jusqu'au 30 novembre 2009 et lui a accordé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 10'680.- (10%).

11. Par avis du 12 janvier 2010, la doctoresse E\_\_\_\_\_, médecin auprès du service médical régional de l'AI (ci-après SMR), a fixé au 15 mai 2009 le début de l'aptitude à la réadaptation, soit un an après l'arthrodèse du pied droit selon le rapport de la SUVA du 17 septembre 2009. Elle a conclu que l'assurée présentait une capacité de travail entière dès mai 2009 dans une activité adaptée à traduire en termes de métier par un spécialiste de la réadaptation.

12. Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 2 février 2010. L'enquêtrice a notamment mentionné que l'assurée, en sus des 15 heures de travail par semaine prévues contractuellement (34% compte tenu d'un horaire usuel dans la branche de 44 heures par semaine), effectuait de nombreux remplacements pendant les vacances ou en cas de maladie de collègues. Elle avait déclaré qu'elle aurait travaillé à 100% sans atteinte à la santé et que son employeur lui avait trouvé un travail à plein temps, mais qu'elle n'avait jamais pu commencer car elle avait été blessée. D'après ses fiches de salaire, elle avait travaillé en moyenne, mensuellement, 85 heures en 2004, 66 heures en 2005 et 56 heures en 2006, soit une moyenne de 69 heures, ou 17 heures par semaine, ce qui représentait un taux d'activité de 39%. Selon le rapport de la SUVA, l'assurée pouvait se déplacer sur de courtes distances, exercer les mouvements de l'activité quotidienne et une activité physique ou manuelle légère. L'enquêtrice a considéré que dans la sphère ménagère, les empêchements étaient modérés car seuls les travaux physiques lourds exigeant une utilisation répétitive du bras gauche ou le port de charges étaient difficiles à effectuer. Elle a conclu que l'invalidité dans la sphère ménagère (61%) s'élevait à 16.5%.

13. Par décision du 31 mai 2010, l'OAI a reconnu à l'assurée le

droit à un quart de rente pour la période du 14 septembre 2007 au 31 août 2009. Il a constaté que depuis le 14 septembre 2006, la capacité de travail de l'assurée avait été considérablement restreinte, au point d'entraîner une totale incapacité de travail jusqu'au 15 mai 2009, date à compter de laquelle le SMR estimait que l'assurée avait recouvré une entière capacité de travail, sans baisse de rendement, dans une activité adaptée, soit une activité sédentaire n'impliquant ni déplacements, ni activité répétitive du bras droit, ni port de charges. L'OAI a considéré que l'assurée aurait continué, sans atteinte à sa santé, à exercer son activité professionnelle à raison de 17 heures par semaine, soit à un taux de 39%. Pour l'activité professionnelle, l'empêchement se montait à 100% et le degré d'invalidité à 39% (39% x 100%). Pour la sphère ménagère, qui représentait 61% du taux d'activité, l'empêchement était fixé 16.5% et le degré d'invalidité à 10.06% (61% x 16.5%). Ainsi, le degré d'invalidité global s'élevait à 49.06% arrondi à 49% jusqu'au 15 mai 2009. Dès cette date, le degré d'invalidité total était de 10.06% arrondi à 10%, puisqu'il n'y avait plus d'empêchement dans la sphère professionnelle (39% x 0%).

En date du 5 juillet 2010, l'assurée a recouru contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (depuis lors, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice), concluant à l'octroi d'une rente entière non limitée dans le temps. Elle a notamment reproché à l'OAI d'avoir uniquement soumis au SMR le dossier de la SUVA, en particulier le rapport du Dr D\_\_\_\_\_. Elle contestait les conclusions de ce dernier, ainsi que celles du SMR. Concernant l'enquête économique sur le ménage, elle récusait notamment les taux d'empêchement retenus.

Suite à un nouvel avis du SMR, daté du 8 septembre 2010, aux termes duquel l'assurée avait sans doute été dans l'incapacité totale de travailler jusqu'au 18 septembre 2009, l'OAI a procédé à une nouvelle comparaison des gains et conclu à un degré d'invalidité de 44.97% de septembre 2006 à septembre 2009, ouvrant droit à un quart de rente.

Dans le cadre de l'instruction de la cause, le docteur F\_\_\_\_\_, responsable de l'unité de chirurgie de la main au service de chirurgie orthopédique et de traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), a été entendu par le tribunal le 2 décembre 2010. Le témoin a expliqué avoir examiné l'assurée suite à son agression car elle avait développé une arthrose post-traumatique du coude et se plaignait de blocages et de douleurs. En cas d'arthrose, de petits os se formaient et se glissaient dans les espaces libres de l'articulation, entraînant ainsi une limitation de la mobilité et des douleurs. Suite à l'intervention, qui avait consisté à retirer les corps étrangers qui s'étaient formés au niveau du coude, l'assurée avait développé une maladie de Sudeck, ce qui se traduisait par une inflammation, des douleurs, des troubles trophiques de la peau et des raideurs articulaires. Cette maladie disparaissait normalement spontanément après une année, mais il arrivait qu'elle subsiste sous forme séquellaire, ce qui avait été le cas chez l'assurée, qui souffrait encore de douleurs et de raideurs articulaires. Le témoin a attesté de l'existence d'une impotence fonctionnelle sous forme d'une raideur et d'une sous-utilisation du membre supérieur droit. Il a expliqué que l'assurée souffrait tellement au niveau de son membre supérieur droit qu'elle ne l'utilisait plus. Dans ces circonstances, il estimait que, d'un point de vue strictement limité à l'état du membre supérieur droit, la capacité de sa patiente à exercer son activité habituelle de nettoyeuse était désormais nulle, mais que l'intéressée conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée pouvant ne s'exercer que de la main gauche, étant précisé que l'assurée était droitrière.

Entendue en comparution personnelle le même jour, l'assurée a allégué ne pouvoir strictement plus rien faire dans son ménage à part dépoussiérer un peu au moyen de la main gauche. Elle a indiqué devoir faire appel à l'aide

de son époux pour prendre sa douche, s'habiller, se laver les cheveux, couper ses aliments. Son fils lui apportait également son aide dans la mesure de ses possibilités puisqu'il ne vivait pas sous le même toit. Elle a affirmé qu'il avait été convenu avec son chef qu'elle reprendrait le poste d'une collègue s'appêtant à quitter le sien et ce, à 100%, mais en avoir été empêchée par les problèmes qui commençaient à apparaître au niveau de son membre supérieur. En outre, un collègue de son mari lui avait également proposé un poste à 100% si cette première possibilité ne devait pas se réaliser.!

18. L'assurée a produit une attestation datée du 6 décembre 2010 du chef de secteur de l'employeur, aux termes de laquelle : « Nous confirmons que notre employée était apte sans l'accident dont elle a été victime en date du 14 septembre 2006, à exercer une activité professionnelle à 100 % au sein de notre société ».!

19. Par courrier du 20 janvier 2010 (recte 2011), le docteur G\_\_\_\_\_, médecin auprès de la Permanence de Cornavin, a indiqué suivre l'assurée depuis octobre 2006 pour plusieurs motifs. Elle avait présenté une contusion du coude droit dont l'évolution avait été défavorable avec une raideur de l'articulation. L'assurée avait été prise en charge par un orthopédiste puis adressée aux HUG pour y subir une intervention, avant d'être dirigée au service du traitement des douleurs. De plus, elle souffrait d'une dysmorphie articulaire sous-talienne qui avait nécessité un traitement chirurgical. L'évolution avait été mitigée, avec une répercussion sur le membre inférieur gauche due au phénomène de compensation. En outre, l'assurée avait fait une chute en mai 2010 et des radiographies avaient permis de constater une bascule du bassin, une discopathie multi-étagée et une arthrose inter-apophysaire, lesquelles pouvaient être en rapport avec les antécédents chirurgicaux de la cheville droite. Enfin, une nouvelle chute en septembre 2010 avait causé une contusion de la hanche gauche et une fracture du nez. Le Dr G\_\_\_\_\_ a souligné que sa patiente souffrait également d'une obésité importante et défavorable à ses articulations, ainsi que d'un état anxio-dépressif lié directement à l'évolution défavorable de son état physique.!

20. Le 29 mars 2011, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur aux HUG, a expliqué que l'assurée lui avait été adressée pour un avis spécialisé. Il l'avait suivie d'août 2006 à mars 2010. L'arthrose sous-astragaliennne avait nécessité une arthrodèse qui avait malheureusement mal évolué et conduit à une reprise chirurgicale. Lors du dernier contrôle, et bien que l'arthrodèse fût guérie et le résultat chirurgical consolidé, il avait constaté une importante perturbation du schéma de la marche avec une boiterie évidente nécessitant une prise en charge spécialisée. Il avait alors adressé l'assurée au docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation. Il ne faisait aucun doute qu'entre octobre 2006 et septembre 2010, l'assurée avait souffert d'importantes limitations physiques découlant de son problème orthopédique, mais il ne pouvait pas se prononcer sur la capacité de travail. La dysmorphie congénitale de l'arrière-pied avait évolué vers une arthrose sous-talienne précoce, laquelle avait encore été aggravée et décompensée par le traumatisme par entorse. Six mois après la seconde opération, la guérison était acquise sur le plan osseux, mais il ne fallait pas résumer la guérison d'un segment ostéoarticulaire à une question de consolidation osseuse, mais prendre en considération l'ensemble des plaintes du patient. Selon lui, la capacité de travail de l'assurée n'avait pas évolué entre le moment où il l'avait vue pour la première fois et mars 2010, date à partir de laquelle il admettait que l'intéressée avait pu recouvrer une capacité résiduelle qu'il ne pouvait pas évaluer précisément. Sur ce point, il suggérait de s'adresser au Dr I\_\_\_\_\_. !

21. Par arrêt du 19 mai 2011, la chambre des assurances sociales a partiellement admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI. Elle a en effet considéré que des investigations médicales complémentaires

étaient nécessaires sur les plans psychique et physique, les médecins interrogés n'ayant pas pu se prononcer clairement sur les limitations fonctionnelles rencontrées ni sur la capacité résiduelle de travail. Il convenait ainsi de mettre sur pied une expertise pluridisciplinaire et d'interroger le Dr I\_\_\_\_\_ et, cas échéant, d'ordonner une observation professionnelle pour déterminer quelles activités seraient susceptibles d'entrer en considération et évaluer la capacité résiduelle de travail. Enfin, s'agissant du statut de l'assurée, il apparaissait nécessaire de vérifier ses déclarations, l'attestation produite n'apparaissant pas suffisante, faute de certifier clairement qu'il était prévu qu'un poste à plein temps lui soit concrètement proposé ( ATAS/496/2011 ).!endif]>![if> 22. L'assurée a été hospitalisée du 13 au 17 mars 2011 pour une prise en charge chirurgicale, en raison d'un myome cervical symptomatique à l'origine de douleurs pelviennes. Selon le compte rendu opératoire du docteur J\_\_\_\_\_, chef de clinique au service de gynécologie des HUG, une hystérectomie totale avec une annexectomie a été pratiquée le 14 mars 2011. L'assurée, qui travaillait à 50%, était en incapacité totale de travail du 13 mars au 13 avril 2011. !endif]>![if> 23. Suite à un examen angiographique du 1<sup>er</sup> juin 2011, le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en ophtalmologie, a conclu à une rétinopathie hypertensive de l'œil droit et de l'œil gauche, avec pour ce dernier une occlusion micro-vasculaire et la présence d'un macro-anévrisme juxta-fovéolaire cicatrisé spontanément. !endif]>![if> 24. Par rapport du 15 novembre 2011, le docteur L\_\_\_\_\_, médecin au département de psychiatrie des HUG, a diagnostiqué un trouble dépressif, épisode actuel moyen (F32.1) existant depuis le 12 juillet 2011. Il a indiqué avoir traité l'assurée du 12 juillet au 30 novembre 2011. Elle décrivait une tristesse et une envie de s'isoler depuis son agression et son incapacité de travail. Elle se sentait frustrée car elle ne pouvait plus exercer ses activités. S'y ajoutait la distance avec ses fils. Elle avait fréquemment des crises de pleurs et avait pensé à se suicider à plusieurs reprises, mais avait contrôlé ces idées noires en pensant à ses enfants. Malgré un traitement antidépresseur et un suivi depuis juillet 2011, elle n'avait pas encore présenté d'amélioration des symptômes. Ces derniers consistaient actuellement en une tristesse, une fatigue, des troubles du sommeil, de la concentration et de l'attention, une irritabilité, une anhédonie, des douleurs liées à l'état dépressif, une réduction de la libido, des idées noires et une tendance à l'isolement. L'incapacité de travail était totale depuis juillet 2011. La tristesse et la fatigue rendaient impossible le fonctionnement habituel dans les activités de travail, provoquant une réduction globale du fonctionnement. Les troubles de la mémoire et de l'attention empêchaient également le bon fonctionnement dans les activités de travail et la tendance à l'isolement rendait difficile la participation aux activités en groupe ou entre collègues. L'assurée avait bénéficié d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique intégré à la consultation de la Servette, ainsi que d'un traitement médicamenteux de Fluctine et de Xanax. Depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2011, elle était suivie par la Dresse M\_\_\_\_\_.!endif]>![if> 25. Le 31 janvier 2012, l'OAI a reçu un rapport non daté de la doctoresse N\_\_\_\_\_, ophtalmologue à la Permanence de Cornavin, diagnostiquant un trouble de la réfraction, sans influence sur la capacité de travail.!endif]>![if> 26. En date du 9 février 2012, le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI qu'il n'avait plus revu l'assurée depuis mars 2010, celle-ci étant désormais suivie par le Dr I\_\_\_\_\_, installé à l'Hôpital de la Tour.!endif]>![if> 27. L'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, laquelle a été confiée au Centre d'expertise médicale (ci-après CEMed) de Nyon, en particulier aux docteurs O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie.!endif]>![if> 28. a. Dans leur rapport du 18 octobre 2013, les experts ont retenu, à titre de diagnostics ayant des

répercussions sur la capacité de travail, un status après arthrodèse sous-astragaliennne droite et une limitation fonctionnelle du membre supérieur droit après une arthroscopie du coude et une algodystrophie post opératoire. Ils ont également signalé, à titre de diagnostics sans répercussion sur ladite capacité, un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), une périarthrite de la hanche gauche, des lombalgies chroniques sur une modification dégénérative débutante légère et une fibromyalgie (rapport p. 19).

b. Les experts ont relaté les doléances de l'assurée. Au niveau de la médecine interne, il n'y avait pas de plaintes significatives hormis celles concernées par les autres disciplines (rapport p. 8). Sur le plan rhumatologique, le pied droit était douloureux de la cheville jusqu'aux orteils. Le périmètre de marche était de 200 mètres et les douleurs ne passaient que très lentement. L'assurée marchait toujours sur la pointe du pied et devait prendre des médicaments pour la douleur. Elle présentait toujours une limitation fonctionnelle douloureuse de son membre supérieur droit qu'elle disait tenir toujours en protection en flexion contre sa poitrine. Elle était tributaire de son mari pour toutes les fonctions simples de la vie quotidienne (couper sa viande, faire sa toilette) et faisait appel à la solidarité familiale et à des amis pour son ménage. Elle ne faisait plus de physiothérapie pour le membre supérieur droit. Elle avait été victime de plusieurs chutes successives consécutives à des lâchages de son membre inférieur gauche, dont deux avaient nécessité des soins médicaux. Lors de la première chute, survenue en mai 2010, il y avait eu un impact sur le sacrum. Depuis, l'assurée souffrait de lombalgies persistantes avec des exacerbations aux port et transport de charges, aux positions immobiles prolongées et aux mouvements répétitifs du tronc. La seconde chute avait causé une contusion de la hanche gauche et de la face, avec une fracture du nez. Seule une douleur peri-trochantérienne droite subsistait encore. Elle s'intensifiait à la montée et la nuit en décubitus latéral gauche (rapport p. 8).

Au niveau psychique, l'assurée mentionnait des céphalées et des idées noires. Elle ne décrivait pas véritablement de problèmes de concentration, mais était parfois un peu perdue lorsqu'elle parlait avec son mari et peinait à comprendre les conversations. Elle ne lisait pas, mais cela n'était pas dans ses habitudes. Elle regardait un peu la télévision, mais cela ne l'intéressait pas beaucoup. Elle présentait d'importants troubles de la mémoire, se trompait dans la préparation de repas, mettant du sucre au lieu du sel. Il existait des ruminations concernant son état de santé global, celui de son mari et les difficultés financières du couple. L'assurée était parfois méfiante, interrogeant son mari sur ce qu'il faisait à l'extérieur du domicile conjugal. Elle était angoissée en ce moment, ce qui n'était pas dans sa nature, et évoquait des crises de pleurs. Auparavant, lorsqu'elle travaillait, elle pouvait se déplacer en bus sans problème, mais elle ne le faisait plus de peur de se perdre ou de manquer un arrêt. Lorsqu'elle travaillait, elle était très sociable et pouvait demander des renseignements à ses collègues lorsqu'elle ne comprenait pas un propos en français. Actuellement, elle était plus réservée, sortait moins de chez elle, était assez tendue et émotive, faisant parfois des efforts pour ne pas pleurer. Elle pouvait s'emporter et se disputer avec son mari, elle était constamment extrêmement fatiguée et triste, à cause de l'éloignement de ses enfants. Elle n'était d'ailleurs pas récemment retournée au Portugal, évoquant des problèmes financiers. L'assurée était parfois irritable et s'énervait pour un rien. Sa capacité à éprouver du plaisir était fortement diminuée, alors qu'auparavant, elle était une personne joyeuse lorsqu'elle travaillait. Selon elle, tout était parti de l'arrêt de travail qui la déprimait. Il y avait des sentiments de culpabilité et elle se reprochait notamment de ne pas avoir vu arriver le patient qui l'avait agressée. Elle se sentait très dévalorisée en raison d'un statut d'invalidé. Il y avait parfois des idées noires, mais pas

d'idées suicidaires. Apparemment, à trois reprises, elle avait voulu attenter à ses jours, mais à chaque fois, elle avait senti une force qui la retenait. Il n'y avait toutefois pas eu de tentative de suicide. Son mari semblait plus proche en raison des craintes par rapport à ses idées suicidaires occasionnelles (rapport p. 8 et 9). c. Selon l'expert en médecine interne, l'assurée apparaissait très dolente, volubile lorsqu'elle parlait de ses nombreuses affections (rapport p. 12). Au status rhumatologique, l'expert a noté que l'assurée boitait légèrement sur le membre inférieur droit, se déshabillait seule, debout, sans user de stratégies antalgiques particulières. Lors de l'examen clinique, elle prenait du temps, sans exagération manifeste, pour changer de position ou se déplacer. Alors que l'anamnèse s'était déroulée sans manifestation exagérée de sa part, dès le début de l'examen clinique, elle n'avait de cesse de se plaindre de douleurs partout. Tout mouvement actif ou passif, toute palpation ou percussion était déclarée comme intensément douloureuse et engendrait une réaction d'opposition ou d'esquive ou, pour le moins, des grimaces et des gémissements. L'interprétation de l'examen clinique était tout de même fiable et adéquate, car, avec des « subterfuges », les performances réelles de l'appareil locomoteur avaient pu être observées. L'assurée se déplaçait en maintenant son pied droit en flexion et marchant sur la pointe. Elle respectait les postures ou positions demandées. Les marches sur les talons et sur la pointe des pieds n'étaient pas exécutées en raison de douleurs locales. Dans la mesure où la collaboration de l'assurée était bonne, la force de préhension était nettement plus faible à droite (rapport p. 12 à 14). Au status psychique, il a été relevé que l'assurée se déplaçait avec une certaine boiterie et ne parvenait pas à serrer la main de l'examineur, lui tendant juste le bout des doigts. Il n'y avait pas de comportement algique durant l'entretien, mais il y avait une certaine épargne du membre supérieur droit alors que la gestuelle au niveau du membre supérieur gauche était tout à fait conservée, même assez dynamique. Etait également relevée une volonté de convaincre l'examineur de l'importance de ses souffrances (rapport p. 14 et 15). d. Dans la partie « synthèse et discussion » du rapport, les experts ont retenu, sur le plan de la médecine interne, que le diabète de type II, non insulino-dépendant, traité depuis trente ans, avait probablement engendré un début de polyneuropathie prédominante au niveau des membres inférieurs. En outre, l'assurée était également traitée pour une hypertension artérielle depuis 2007 et présentait des lésions dégénératives débutantes au niveau du fond de l'œil. Elle souffrait encore d'une obésité de classe II et portait des lunettes avec des foyers progressifs. Aucune de ces affections n'avait de répercussions sur sa capacité de travail (rapport p. 16 et 17). Sur le plan rhumatologique, il était surtout constaté que les plaintes de l'assurée allaient au-delà des constatations objectives. La cheville et le pied droits avaient une apparence normale, exempts de processus inflammatoire ou algodystrophique. La sous-astragaliennne était bloquée, mais douloureuse à toute tentative de sollicitation alors que l'assurée marchait sans canne, avec une boiterie légère, mais apparemment sans douleur extrême. Les contrôles radiologiques effectués par le Dr H\_\_\_\_\_ n'avaient montré aucune anomalie dans le status opératoire. Lors de son examen du 17 septembre 2009, le médecin d'arrondissement de la SUVA avait précisé que l'assurée se déplaçait sur de courtes distances d'un pas normal, tout en admettant qu'il lui était difficile d'accélérer le pas ou de courir. Quoi qu'il en soit, il y avait une arthrodèse. Une limitation du périmètre de marche était cohérente, mais n'empêchait pas une activité professionnelle en position assise. Le Dr R\_\_\_\_\_ n'avait pas pu être contacté, « mais au final, l'élément déterminant de l'incapacité de travail implique avant tout » le membre supérieur droit, moins le membre inférieur droit. Concernant le membre supérieur droit, maintenu en position de protection avec une impotence fonctionnelle

permanente, il était relevé que les téguments étaient eutrophiques, que la musculature de l'avant-bras avait perdu de son volume, mais que la mobilité des doigts était conservée avec des amplitudes normales. À l'examen clinique des épaules, les amplitudes maximales étaient nettement limitées dans les mouvements actifs alors que passivement elles étaient conservées, douloureuses dans les derniers 10 à 15°, mais conservées. L'épaule et le coude droits avaient une mobilité normale lors de l'examen du médecin d'arrondissement SUVA du 17 septembre 2009 et aucun événement délétère n'avait eu lieu depuis lors. Il n'y avait eu aucune autre agression contre ce membre depuis la guérison du syndrome épaule-main post opératoire. D'ailleurs, le médecin d'arrondissement de la SUVA avait précisé que l'assurée pouvait exercer les mouvements de l'activité quotidienne. C'était également leur évaluation à ce jour. Il n'y avait plus eu de physiothérapie depuis l'examen SUVA et l'assurée n'en ressentait pas le besoin, alors que le traitement avait été accordé pendant trois ans. Les limitations insupportables décrites relevaient ainsi d'un comportement d'exagération et d'amplification. Les douleurs de l'axe vertébral d'apparition récente pouvaient être expliquées par les modifications dégénératives observées aux radiographies des colonnes lombaire et cervicale. Toutefois, elles étaient modestes et ne pouvaient être qu'occasionnellement responsables de douleurs. Si elles pouvaient parfois occasionner une incapacité temporaire de travail, ce ne saurait être le cas pour une incapacité de travail de longue durée. Il existait également une douleur, précise et reproductible, de la hanche gauche qui réunissait toutes les caractéristiques d'une périarthrite. L'assurée pourrait bénéficier d'un traitement spécifique, en physiothérapie ou par infiltrations. Cette affection n'était cependant pas invalidante pour autant. En conclusion, toutes ces douleurs, séquelles de lésions anatomiques avérées et d'interventions chirurgicales effectuées dans les règles de l'art, s'inscrivaient dans un contexte de syndrome douloureux chronique dont l'intensité et l'impotence fonctionnelle secondaire ne pouvaient pas être justifiées. Il y avait une majoration des symptômes avec les manifestations exagérées à la douleur et la présence de tous les signes de non organicité de Waddell et Hoovers durant l'examen clinique. Tous les points spécifiques de Vunus étaient également présents, évoquant fortement le diagnostic de fibromyalgie. L'appréciation globale et l'examen du membre supérieur droit rendaient peu vraisemblable une incapacité totale de longue durée, après avoir tenu compte des limitations acceptées par la SUVA, soit une activité manuelle légère en position assise ne nécessitant pas une habileté manuelle particulière (rapport p. 17). Sur le plan psychique, était retenu un syndrome douloureux somatoforme persistant, diagnostic confirmé par l'appréciation somatique. Les douleurs étaient au premier plan avec les plaintes concernant la situation financière et les préoccupations concernant l'état de santé de l'époux. Ce trouble était caractérisé par une forte amplification des symptômes et un caractère démonstratif. L'assurée était très peu active au quotidien, conservait des relations sociales par l'intermédiaire de son époux. Les faibles ressources financières semblaient un facteur limitant dans les relations sociales, plus que la description des plaintes algiques. La dysthymie entrant dans le cadre du trouble somatoforme et ne justifiait pas de diagnostic séparé. Cette affection était assez similaire au trouble anxio-dépressif décrit par le médecin traitant. Le trouble anxio-dépressif n'était pas une affection psychiatrique sévère susceptible de justifier une incapacité de travail durable. En revanche, la dysthymie était de moindre gravité que l'épisode dépressif décrit durant la phase de suivi psychothérapeutique. Il était réactionnel à un événement ponctuel, soit une décision de la Cour de justice. Les plaintes subjectives étaient plus importantes que les constatations objectives. Actuellement, l'assurée se plaignait d'un ralentissement, d'une fatigue, d'une tristesse et d'anhédonie.

Toutefois, ni tristesse ni fatigue n'avaient été observées. Concernant les troubles cognitifs dont se plaignait l'assurée, aucun trouble de la concentration n'avait été constaté, seuls quelques troubles mnésiques avec notamment la difficulté à donner la date de naissance de sa fille cadette. Le dynamisme était conservé la gestuelle au niveau du membre supérieur gauche était conservée avec un certain dynamisme. Il n'y avait pas d'hypomimie faciale et le ton de la voix n'était pas monocorde. Le trouble somatoforme n'était donc pas accompagné d'une comorbidité sévère, il n'y avait pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années, pas de perte d'intégration sociale, pas d'état psychique cristallisé, pas d'échec des traitements ambulatoires. En conclusion, la capacité de travail était complète en temps et en rendement, sans limitation fonctionnelle. Il n'y avait aucun élément dans l'anamnèse permettant de retenir un épisode dépressif durable par le passé (rapport p. 17 et 18). e. Répondant aux questions (rapport p. 19 et 20), les experts ont noté, s'agissant des limitations fonctionnelles, que l'assurée ne pouvait plus effectuer de longues déambulations, surtout en terrain accidenté, ni accélérer le pas, ni exercer une activité manuelle de précision ou en force. Compte tenu des observations du médecin d'arrondissement de la SUVA et de celles des experts, on pouvait considérer que l'activité de nettoyeuse n'était plus exigible, mais qu'une activité manuelle légère en position assise ne nécessitant pas une habileté manuelle particulière pouvait parfaitement être exercée à 100%, sans limitation de rendement, et ce depuis le 17 septembre 2009. En effet, depuis la « décision du médecin d'arrondissement SUVA » du 17 septembre 2009, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, puisqu'aucun fait nouveau n'avait eu lieu. Les plaintes concernant le rachis et les ceintures scapulaire et pelvienne survenues après la visite chez ce médecin n'étaient pas invalidantes au point de justifier une incapacité de travail autre que temporaire. Durant les périodes occupées par les interventions chirurgicales et leur temps de récupération, la capacité de travail était nulle.

29. Par avis du 11 novembre 2013, la doctoresse S\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a conclu, sur la base du rapport d'expertise précité, que la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité adaptée depuis le 17 septembre 2009 et que les limitations fonctionnelles concernaient la marche prolongée, la marche en terrain irrégulier, la marche rapide, ainsi que le travail de précision ou en force avec le membre supérieur droit. En outre, la vision de près était diminuée et limitait un travail de précision de près.

30. L'assurée a indiqué, dans un formulaire de l'hospice général du 22 octobre 2013, avoir exercé en dernier lieu le travail de nettoyeuse à 30%, précisant qu'il n'était « pas possible d'augmenter, mais beaucoup de remplacement ».

31. Sur demande de l'OAI, une collaboratrice de l'employeur lui a répondu, par courriel du 14 novembre 2013, que celui-ci n'avait pas la possibilité d'augmenter le taux d'activité de l'assurée.

32. L'OAI a sollicité une nouvelle enquête économique sur le ménage. Selon le rapport y relatif du 18 février 2014, daté par erreur du 18 février 2013, les atteintes à la santé consistaient en un status après une arthrodèse sous-astragaliennne droite, une limitation fonctionnelle du coude droit et une algodystrophie post-opératoire. La situation du couple avait changé depuis septembre 2011, dès lors que le mari avait cessé son activité professionnelle pour des raisons de santé et passait ses journées au domicile. Il pouvait donc venir en aide à son épouse. L'assurée a affirmé à nouveau qu'elle aurait travaillé à 100% dès octobre 2006 auprès du même employeur et que l'augmentation du temps de travail avait été négociée. L'enquêtrice a conclu que le total de l'exigibilité retenue s'élevait à 20%, celui de l'empêchement pondéré sans exigibilité à 33.5% et le total de l'empêchement pondéré avec exigibilité à 14%. Elle s'est référée à plusieurs reprises aux

limitations fonctionnelles décrites par le SMR.![endif]>![if> 33. Par courrier du 11 mars 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui accorder un quart de rente limité du 1<sup>er</sup> septembre 2007 au 31 décembre 2009, sur la base d'un taux d'invalidité de 49%.

![endif]>![if> 34. En date des 15 et 28 avril 2014, l'assurée, représentée par un mandataire, s'est opposée audit projet. Elle a notamment contesté disposer d'une capacité de travail médico-théorique de 100% sans baisse de rendement depuis le 17 septembre 2009, faute d'amélioration, rappelant être âgée de 61 ans, n'avoir aucune formation professionnelle, ne pas maîtriser la langue française, et ne pas avoir de ressources physiques et psychiques pour se reclasser. Elle a également contesté le taux d'empêchement retenu dans le ménage, soulignant être totalement incapable de travailler comme

nettoyeuse.![endif]>![if> 35. Par décision du 16 mai 2014, l'OAI a confirmé son projet du 11 mars 2014, nié le droit à une rente à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010 et refusé l'octroi de mesures professionnelles. Concernant le statut de l'assurée, l'OAI a rappelé que, selon les indications de l'employeur, la possibilité d'un taux de travail plus élevé n'était pas envisageable et que l'assurée avait elle-même signalé à l'Hospice général qu'un emploi à 100% n'était pas possible. En comptabilisant les heures supplémentaires, elle n'avait jamais travaillé à un taux supérieur à 39%. Partant, faute d'éléments concrets, il convenait de confirmer le statut mixte et les parts de 39% dans la sphère professionnelle et de 61% dans la sphère ménagère. Les empêchements s'élevaient à 100% pour la première et à 16.5% pour la seconde, lesquels correspondaient à un degré d'invalidité de 39%, respectivement de 10.06%, soit un total de 49.06%, arrondi à 49%. Toutefois, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail médico-théorique était de 100% depuis le 17 septembre 2009, sans baisse de rendement. Après comparaison du revenu sans invalidité, soit le revenu en tant qu'employée d'entretien s'élevant à CHF 17'333.- par année en 2008, avec celui avec invalidité, soit un salaire de CHF 20'273.- pour l'année 2008 (ESS, TA1, femme, niveau 4, temps de travail de 39%), il ne résultait aucune perte de gain, de sorte que le degré d'invalidité était nul dans la sphère professionnelle. En revanche, il demeurait à 10.06% pour la part ménagère, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité ou à des mesures professionnelles. ![endif]>![if> 36. Par acte du

20 juin 2014, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre la décision du 16 mai 2014, concluant, sous suite de dépens, préalablement à son audition, ainsi qu'à celles de son époux et de ses médecins-traitants, et, principalement, à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente entière depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2007. En substance, la recourante a nié toute valeur probante au rapport d'expertise du CEMed et contesté les conclusions de l'enquête ménagère, maintenant qu'elle aurait travaillé à 100% si elle en avait eu la possibilité. Elle a reproché à l'enquêtrice de ne pas avoir tenu compte du fait que son mari était considérablement atteint dans sa santé et à l'intimé d'avoir renoncé à interroger le Dr I\_\_\_\_\_ et d'avoir omis d'ordonner une observation

professionnelle pour déterminer quelles activités seraient susceptibles d'entrer en considération pour évaluer sa capacité résiduelle de travail. ![endif]>![if> La recourante a produit plusieurs documents médicaux, dont une attestation de la Permanence de Cornavin du 8 avril 2009 relative à l'existence d'un suivi psychologique entre le 21 octobre et le 13 novembre 2008. 37. Dans sa réponse du 28 août 2014, l'intimé a conclu au rejet du

recours. Selon lui, il convenait d'accorder une pleine valeur probante au rapport d'expertise du CEMed et à l'enquête ménagère. S'agissant du statut d'active à 39%, il tenait compte des heures supplémentaires effectuées par la recourante.![endif]>![if> 38. Entendue par la chambre de céans le 15 décembre 2014, la recourante, assistée d'un interprète, a déclaré ne

plus contester le statut mixte dans son principe, mais les pourcentages retenus entre l'activité professionnelle et l'activité ménagère. Sur question, elle a précisé ne pas se souvenir d'avoir mentionné, dans le cadre de la procédure préalable, qu'un collègue de son mari était disposé à l'engager à 100%. Elle a également précisé que son état de santé actuel, qui prévalait à l'époque de la décision entreprise, nécessiterait prochainement une nouvelle intervention chirurgicale sur le membre inférieur gauche. En effet, bien que ses problèmes de santé initiaux concernaient le membre inférieur droit, la surcharge occasionnée sur le membre gauche nécessitait aujourd'hui une intervention, et ce en dépit des infiltrations qui n'avaient pas donné le résultat attendu.!

39. La recourante a transmis à la chambre de céans copie d'un rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 14 avril 2015 mentionnant qu'elle souffrait d'une arthrose évolutive et invalidante du genou droit, pathologie qui nécessitait un traitement chirurgical par la mise en place d'une prothèse totale du genou. En outre, la recourante souffrait de varices aux deux membres inférieurs et avait été opérée le 13 février 2015, mais l'évolution était défavorable en raison du retard de cicatrisation. Ces deux atteintes étaient invalidantes à 100% jusqu'au jour de l'opération au genou droit en tout cas.!

40. Le 13 mai 2015, l'intimé a maintenu ses conclusions, relevant que les nouvelles atteintes mentionnées par le Dr G\_\_\_\_\_ ne modifiaient pas les conclusions précédentes puisque les limitations fonctionnelles qu'elles pouvaient éventuellement entraîner avaient déjà été prises en compte, conformément à l'avis du SMR du 28 avril 2015 annexé.!

41. En date du 24 juin 2015, la recourante a produit un courrier adressé à son conseil le 9 mars 2015 par le docteur T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie. Il en ressortait qu'elle avait été suivie par ce spécialiste entre le 9 janvier et le 17 octobre 2014, à raison de dix entretiens. Il a retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen en bonne voie de guérison, de diabète de type 2, d'hypertension artérielle, diagnostics sans effets sur la capacité de travail. Enfin, son pronostic était bon.!

42. Sur ce, la cause a été gardée à juger.!

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> 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).!

2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.!

Toutefois, 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 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur respectivement le 1<sup>er</sup> janvier 2004, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. !

Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 466 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de

règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse du 16 mai 2014 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI susmentionnées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329 ). 4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62ss LPA). 5. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de la part de l'intimé, singulièrement sur son degré d'invalidité. 6. a. 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 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont 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). 7. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle

manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

8. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, ceux-ci n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait une présomption que de tels syndromes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2. et ATF 131 V 49 consid. 1.2). Au premier plan figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères pouvaient être déterminants, tels que des affections corporelles chroniques, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), 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 (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), 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 132 V 65 consid. 4.2). En présence de tels syndromes, la mission d'expertise consistait surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission confiée, les experts failliraient à celle-ci s'ils ne tenaient pas compte des différents critères mis en évidence par le Tribunal fédéral dans le cadre de leur appréciation médicale (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 4.3).

9. Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, 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 (ATF 132 V 65 ; ATF 131 V 49 ; ATF 130 V 352 ). 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. Ces indicateurs sont classés comme suit : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3). A. Axe « atteinte à la santé » 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1). 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2). 3. Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en

considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2). C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3). II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4). A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine). 10. 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).>![endif]>![if> 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, 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). 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). b. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non

au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). c. Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères pertinents - lui permettent de surmonter ses douleurs. Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leur les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus 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 - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail n'est plus du tout ou seulement partiellement exigible de sa part. On peut réserver 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 652/04 du 3 avril 2006 consid. 2.3). 11. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité

d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'intimée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).  
Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). 12. a. Pour les personnes qui exercent partiellement une activité lucrative et se consacrent en outre à leurs travaux habituels, tel que le ménage, il sied d'appliquer la méthode mixte pour établir le degré d'invalidité. La perte de gain dans l'activité lucrative est évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA). b. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V97). Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007). 13. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2

et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 14. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (ATF 141 V 281 consid. 8) Lorsqu'une expertise ne permet pas une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants développés par la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux et d'autres syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, un renvoi à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision est possible (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_219/2015 du 12 octobre 2015 consid. 5.4). 15. En l'espèce, il convient de se prononcer en premier lieu sur le statut de la recourante. Dans sa décision du 16 mai 2014, l'intimé a maintenu les taux de 39% dans la sphère professionnelle et 61% dans la sphère ménagère, soit les pourcentages fixés dans la décision initiale du 31 mai 2010 conformément à la première enquête ménagère du 2 février 2010. Selon cette dernière, il ressortait des fiches de salaire de la recourante qu'elle avait travaillé en moyenne, mensuellement, 85 heures en 2004, 66 heures en 2005 et 56 heures en 2006, soit une moyenne de 69 heures par mois ou 17 heures par semaine. La recourante a allégué à répétitions reprises qu'il avait été prévu avec son employeur qu'elle travaillerait à temps complet, mais qu'elle en avait été empêchée par ses problèmes de santé. Ces propos sont contredits par l'employeur qui a expressément indiqué qu'il n'avait pas la possibilité d'augmenter le taux d'activité de la recourante. Depuis lors, cette dernière ne conteste plus l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, mais désapprouve la proportion entre les activités lucrative et ménagère. Il est ainsi établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que sans la survenance de son atteinte à la santé, la recourante aurait continué à travailler à raison de 15 heures par semaine et à effectuer les remplacements proposés par son employeur. C'est donc à juste titre que l'intimé s'est référé aux heures réellement effectuées par la recourante, lesquelles comprennent l'horaire contractuel et les heures de remplacement. La chambre de céans n'est cependant pas en mesure de confirmer les pourcentages retenus car les fiches de salaire produites n'établissent pas clairement le nombre d'heures travaillées par la recourante entre 2004 et le début de son incapacité de travail. 16. En ce qui concerne l'invalidité dans la sphère professionnelle, il est rappelé que la décision querellée est fondée sur les conclusions du rapport du CEMed du 18 octobre 2013, à savoir que la recourante ne peut plus exercer sa profession habituelle en raison d'un status après arthrodeuse

sous-astragaliennne droite et d'une limitation fonctionnelle du membre sup6rieur droit apr6s une arthroscopie du coude et une algodystrophie post op6ratoire, mais qu'elle conserve une pleine capacit6 de travail dans une activit6 adapt6e 6 ses limitations fonctionnelles. Les experts ont consid6r6 que les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, de p6riarthrite de la hanche gauche, de lombalgies chroniques et de fibromyalgie n'ont aucune influence sur la capacit6 de travail. Etant donn6 que les experts ont retenu les diagnostics de trouble somatoforme douloureux et de fibromyalgie, mais exclu toute r6percussion de ces atteintes sur la capacit6 de travail de la recourante, il sied de d6terminer au pr6alable quels crit6res jurisprudentiels doivent 6tre appliqu6s. 17. Un changement de jurisprudence s'applique pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment du changement de jurisprudence (ATF 108 V 3), de sorte que la modification 6 laquelle a proc6d6 le Tribunal f6d6ral dans son arr6t du 3 juin 2015 doit 6tre prise en consid6ration pour r6soudre le pr6sent litige. En l'occurrence, les experts ont ni6 le caract6re invalidant du trouble somatoforme douloureux et de la fibromyalgie, en prenant position quant aux anciens crit6res jurisprudentiels. Cette 6valuation ne peut cependant pas 6tre suivie au regard de la nouvelle jurisprudence, parce que l'expertise ne permet pas une appr6ciation de l'6tat de sant6 de la recourante 6 la lumi6re des exigences relatives au diagnostic et des indicateurs d6terminants. Les experts n'ont notamment pas donn6 d'indications sur le degr6 de gravit6 inh6rent 6 ces atteintes, ni sur le d6veloppement, la structure de la personnalit6 et l'6valuation des ressources personnelles de la recourante. Partant, les conclusions contenues dans le rapport d'expertise du 18 octobre 2013 concernant les r6percussions du trouble somatoforme douloureux et de la fibromyalgie sur la capacit6 de travail de la recourante ne peuvent 6tre confirm6es. Pour ce motif d6j6, le recours doit 6tre admis. 18. Qui plus est, le rapport d'expertise est critiquable 6 plusieurs 6gards. Tout d'abord, la chambre de c6ans observe que certains diagnostics de m6decine interne sont mentionn6s dans la partie « synth6se et discussion » (rapport p. 16), notamment ceux de diab6te, d'hypertension, de polyneuropathie pr6dominante au niveau des membres inf6rieurs gauches, de l6sions d6g6n6ratives d6butantes au niveau du fond de l'6eil ou encore d'ob6sit6 de classe II, sans 6tre repris dans la partie « r6ponses aux questions » (rapport p. 19). Cette derni6re, laquelle devrait comporter la liste exhaustive des diagnostics retenus par les trois experts, appara6t d6s lors incompl6te. De plus, le rapport comprend plusieurs contradictions. 6 titre d'exemple, l'expert psychiatre retient et exclut, dans le m6me paragraphe, l'existence d'id6es suicidaires : « Il y a parfois des id6es noires, mais pas d'id6es suicidaires. Apparemment, 6 trois reprises, elle a voulu attenter 6 ses jours, mais 6 chaque fois, elle a senti une force qui la retenait. Il n'y a toutefois pas eu de tentatives de suicide. Son mari semble plus proche en raison des craintes par rapport 6 ses id6es suicidaires occasionnelles » (rapport p. 9). L'expert rhumatologue a quant 6 lui mentionn6 que la recourante se d6place en maintenant son pied droit en flexion et marchant sur la pointe (rapport p. 13), puis a indiqu6 que les marches sur les talons et sur la pointe des pieds n'6taient pas ex6cut6es en raison de douleurs locales (rapport p. 13), ce qui semble en parfaite opposition. S'agissant de la « vie sociale », les experts ont relev6 que les contacts 6taient rares (rapport p. 11), tout en concluant qu'il n'y avait pas de « perte d'int6gration sociale » sans aucune explication (rapport p. 18). Le rapport d'expertise contient 6galement des erreurs. S'agissant du membre sup6rieur droit, les experts ont indiqu6 que l'6paule et le coude droits avaient une mobilit6 normale lors de l'examen par le m6decin d'arrondissement de la SUVA en septembre 2009. Or, le rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 17 septembre 2009 fait 6tat de mobilit6 limit6e de l'6paule droite (en abduction, en

antépulsion, en rétropulsion et en rotation externe) et du coude droit (en extension et flexion). Les experts ont également mentionné que l'épisode dépressif était réactionnel à un événement ponctuel, soit l'arrêt de la chambre de céans du 19 mai 2011, alors que le médecin traitant de la recourante avait signalé un état anxio-dépressif lié à l'évolution défavorable de l'état physique en janvier 2011 déjà (cf. courrier du Dr G\_\_\_\_\_ du 20 janvier 2011). Il sied également de relever que les experts ne se sont pas prononcés en pleine connaissance du dossier. Ils ont ainsi mentionné que le Dr U\_\_\_\_\_ n'avait pas pu être contacté, mais que « l'élément déterminant de l'incapacité de travail » concernait avant tout le membre supérieur droit et « moins » le membre inférieur droit. Une telle conclusion est incompréhensible eu égard aux plaintes de la recourante, mais également aux diagnostics et limitations fonctionnelles retenus. Dans le même sens, sur le plan psychique, il appert que l'avis du Dr L\_\_\_\_\_, consulté par la recourante en 2011, et celui de la Dresse M\_\_\_\_\_, laquelle a repris le suivi à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2011 (cf. rapport du Dr L\_\_\_\_\_ du 15 novembre 2011) n'ont pas été sollicités. En outre, il est pour le moins surprenant que les experts n'ont pas requis des examens radiologiques des genoux, alors que la recourante a fait état de douleurs importantes lors de l'examen clinique rhumatologique. Suite à l'expertise, une arthrose importante a d'ailleurs été mise en exergue et justifierait la mise en place d'une prothèse totale (cf. rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 14 avril 2015). Compte tenu des plaintes et affections présentées par la recourante, il aurait été utile qu'un spécialiste en orthopédie participe à l'expertise. Il est rappelé à ce propos que le dossier de la recourante fait état de plusieurs épisodes de « lâchages » du membre inférieur gauche, dont deux au moins ont nécessité des soins médicaux. Les experts n'ont donné aucune explication concernant ces phénomènes. La chambre de céans n'est en outre pas convaincue par la conclusion des experts selon laquelle il existerait une majoration des symptômes avec des manifestations exagérées à la douleur. En effet, l'expert rhumatologue a mentionné que la recourante n'usait pas « de stratégies antalgiques manifestes » et prenait son temps « sans exagération manifeste » lors de l'anamnèse, mais que dès le début de l'examen clinique, elle n'avait cessé de se plaindre de douleurs partout. Il n'explique toutefois pas les éléments sur lesquels il se fonde pour considérer que les doléances seraient exagérées, alors qu'il note que la collaboration est bonne et que la recourante a respecté les postures et positions demandées. À ce propos, la chambre de céans relèvera encore que l'apparence normale de la cheville et du pied droits, ainsi que la marche sans canne, sont manifestement insuffisants pour conclure à une exagération concernant le membre inférieur droit. De même, s'agissant du membre supérieur droit, l'absence de suivi physiothérapeutique et de tout événement délétère depuis l'examen du médecin conseil de la SUVA n'apparaît pas comme constituant des éléments déterminants, ce d'autant plus qu'il existe des facteurs objectifs attestant de l'inutilisation du membre supérieur droit, à l'instar de la modification du tonus musculaire et de trophicité, et que la recourante a suivi 76 séances de physiothérapie entre octobre 2006 et avril 2008, sans que son état de santé s'améliore. Il est également rappelé que le Dr F\_\_\_\_\_ a témoigné, lors de son audition du 2 décembre 2010, d'une impotence fonctionnelle sous forme de sous-utilisation du membre supérieur droit, et que les experts ont eux aussi constaté une certaine épargne de ce membre, alors que la gestuelle était conservée et même assez dynamique à gauche. En ce qui concerne l'argumentation de l'expert psychiatre, lequel a écarté tout trouble de la concentration au profit de « quelques troubles mnésiques », il paraît singulier de considérer l'année de naissance de la fille cadette de la recourante comme un « détail » (rapport p. 14). S'agissant des limitations fonctionnelles, les conclusions des experts ne sauraient être

suivies. Ils considèrent en effet que la recourante peut exercer une activité manuelle légère en position assise ne nécessitant pas une habileté particulière, mais ne précisent pas quels sont les mouvements que la recourante ne peut plus effectuer, alors qu'il existe une restriction de la mobilité du coude et de l'épaule du membre supérieur. Ils n'indiquent pas non plus quelles sont les limitations en lien avec le port de charges, alors qu'ils ont constaté une force de préhension nettement plus faible à droite (rapport p. 14). Il sera encore relevé que le traitement médicamenteux quotidien apparaît particulièrement lourd (Xanax, Dafalgan, Brufen, Tilur Retard, Nexium, Fluoxetine Sandoz, Crestor, Metformin, Zanipress, Lasic, Aulin et Volteren en réserve [rapport p. 10]) et que les experts auraient dû préciser si un tel traitement était adéquat et justifié par les affections retenues, et quels effets il pouvait engendrer sur l'état de santé psychique et physique au jour de l'examen. Eu égard à tout ce qui précède, le rapport d'expertise du CEMed du 18 octobre 2013 doit se voir nier toute valeur probante. 19. S'agissant enfin des rapports des médecins de la recourante, en particulier celui du Dr G \_\_\_\_\_ du 14 avril 2015, il est peu motivé et ne comporte pas une analyse détaillée de l'ensemble des atteintes de la recourante, si bien que l'on ne saurait sans autre se fonder sur son appréciation. Il sied également de 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. 20. Concernant l'invalidité dans la sphère ménagère, l'intimé s'est référé aux conclusions de l'enquête économique sur le ménage réalisée en février 2014, document fixant l'empêchement total pondéré avec exigibilité à 14%. Toutefois, la chambre de céans constate que l'enquêtrice a tenu compte des seuls diagnostics ayant des effets sur la capacité de travail selon les experts du CEMed, sans même mentionner ceux sans répercussion sur ladite capacité, et notamment le trouble somatoforme douloureux et la fibromyalgie. Elle n'a donc pas pris en considération l'ensemble des atteintes à la santé dont souffre la recourante. De même, les limitations fonctionnelles retenues par l'enquêtrice sont celles énumérées par le SMR sur la base du rapport d'expertise, lequel n'est toutefois pas convaincant. Pour ces motifs, l'enquête ménagère ne peut pas se voir reconnaître une pleine valeur probante. 21. La chambre de céans relèvera encore que l'administration doit en principe indiquer quelles sont les possibilités de travail concrètes qui entrent en considération, en fonction des limitations de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 588/05 du 27 avril 2006 consid. 3; ATF 107 V 20 consid. 2b = RCC 1982 p. 34). En outre, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b p. 20; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). 22. En l'espèce, les restrictions de la recourante, bien qu'elles ne soient en l'état pas précisément définies, apparaissent nombreuses. Dans ces conditions, il appartiendra à l'intimé de mentionner quelles activités professionnelles la recourante pourrait encore exercer. L'intimé est donc invité à reprendre l'instruction en mettant en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire confiée à des experts indépendants, selon la procédure prévue à l'art. 44 LPGA, puis à procéder à une nouvelle enquête ménagère et, cas échéant, à préciser quelle activité la recourante pourrait encore exercer. Les experts se prononceront notamment sur tous les diagnostics, les limitations fonctionnelles, l'influence des différentes atteintes sur la capacité de travail et l'évolution de cette dernière, en requérant tous les avis des spécialistes

consultés par la recourante et en sollicitant au besoin des examens complémentaires. Il leur appartiendra notamment d'évaluer la capacité de travail de la recourante à la lumière des indicateurs standard développés par le Tribunal fédéral au consid. 4 de l'ATF 141 V 281 en matière de trouble somatoforme douloureux, en motivant suffisamment leur appréciation.

23. La recourante, représentée par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui est octroyée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA et 89H al. 1 LPA). [endif]>[if> 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 CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé.

24. [endif]>[if> **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :**

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