

## **GE\_GERICHTE A/2270/2017 vom 17. April 2018**

GE Cour de justice, 2018-04-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2270\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2270_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/2270/2017 du 17 avril 2018

IT: GE\_GERICHTE A/2270/2017 del 17 aprile 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

ou une obésité de classe 2, à partir de laquelle le risque de morbidité devenait grave. Il était donc absurde d'en faire abstraction. Au demeurant, l'expert avait clairement laissé entendre que ses problèmes de santé, objectivement constatés s'agissant notamment de la gonarthrose, ne pouvaient guère justifier une quelconque capacité de travail avant mise en œuvre d'une réduction pondérale et d'un reconditionnement physique global et focal par une physiothérapie associée à des auto-exercices effectués à domicile. En outre, l'introduction d'un protecteur du cartilage et d'un traitement topique du genou était également préconisée. Dans la mesure où elle se trouvait dans sa 61<sup>ème</sup> année, les mesures préconisées par l'expert – et curieusement jamais suggérées – ne pouvaient être efficaces avant plusieurs mois, soit possiblement à une période proche de l'âge AVS. À cela s'ajoutait le fait que l'abattement à retenir devait être de 25% afin de tenir compte de ses limitations fonctionnelles. En outre, il n'était pas logique de l'obliger à reprendre une activité à 110%. Dans ces circonstances, il valait mieux retenir une activité de gouvernante à 70% et un revenu de CHF 37'259.-, auquel un abattement supplémentaire de 25% devait être appliqué. Ce salaire ne pouvait être réalisé qu'après mise en œuvre de mesures de réadaptation, dès lors que celles-ci avaient été interrompues. Selon toute logique, dans un tel cas, il convenait plutôt de lui allouer une rente d'invalidité de 50% à charge pour elle de mettre en œuvre sa capacité résiduelle de travail.!

32. Sur demande de l'OAI, le SMR s'est prononcé sur la prise en considération de l'obésité et du déconditionnement musculaire et a considéré qu'il ne s'agissait pas d'atteintes à la santé reconnues comme étant incapacitantes.!

33. Le 11 avril 2017, après avoir procédé à une nouvelle comparaison des revenus, l'OAI a confirmé son projet de décision du 1<sup>er</sup> novembre 2016, toutefois par substitution de motifs. Considérant que l'assurée exerçait, avant l'atteinte, une activité principale de gouvernante à temps complet et une activité accessoire de concierge, l'OAI a procédé à une comparaison des revenus, en prenant en considération une activité adaptée. Ce faisant, l'OAI est arrivé à la conclusion que le degré d'invalidité était de 27%, ce qui était insuffisant pour lui donner droit au versement d'une rente d'invalidité.!

34. Par écriture du 23 mai 2017, l'assurée (ci-après : la recourante), sous la plume de son conseil, a interjeté recours, concluant, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et, cela fait, principalement, à l'annulation de la décision querellée et à l'octroi d'une rente entière dès le 7 mai 2014. À l'appui de ses conclusions, la recourante a notamment contesté la valeur probante de l'expertise de l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ pour les motifs suivants : le médecin précité n'avait pas pris en compte l'entier de la problématique, compte tenu de l'insuffisance des radiographies mises à sa disposition ; l'expert faisait totalement abstraction du déficit psychiatrique ainsi que de la problématique de l'obésité et du déconditionnement musculaire, mais il admettait que ses problèmes de santé (gonarthrose notamment) ne pouvait autoriser une quelconque capacité

de travail avant la mise en œuvre d'une réduction pondérale et d'un reconditionnement physique global et focal. En résumé, l'expertise posait plus de questions qu'elle n'en résolvait indépendamment du fait qu'elle était incomplète et insuffisante. En annexe à son recours, l'assurée a notamment produit un rapport du Dr J\_\_\_\_\_ du 5 mai 2017 dans lequel ce médecin sollicitait notamment une évaluation neuropsychologique avant toute décision définitive de l'OAI. 35. L'OAI (ci-après : l'intimé) a répondu en date du 3 juillet 2017 et a conclu au rejet du recours, considérant que l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ était dotée d'une pleine valeur probante, dès lors qu'elle remplissait tous les réquisits jurisprudentiels y relatifs. Le rapport du Dr J\_\_\_\_\_, qui avait été soumis au SMR, ne modifiait en rien sa position dès lors que de l'aveu même de ce médecin, l'atteinte orthopédique et rhumatologique était prédominante, ce d'autant plus que dans son rapport du 22 décembre 2014, le médecin précité renvoyait au médecin orthopédiste et rhumatologue pour se prononcer sur la capacité de travail. Enfin, comme le relevait le SMR dans son avis du 16 juin 2017, la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 50% (et non de 70%), ce afin de tenir compte de l'existence des lombalgies sur troubles dégénératifs du rachis. La prise en considération d'une capacité de travail de 50% ne modifiait toutefois pas ses conclusions. 36. Par réplique du 16 août 2017, la recourante a transmis à la chambre de céans un rapport du Dr J\_\_\_\_\_, daté du 9 août 2017 et a persisté dans ses conclusions pour les motifs suivants. Le Dr L\_\_\_\_\_ était un bon clinicien mais il n'avait pas d'expérience en matière de médecine du travail. Elle se trouvait dans un cercle vicieux, dès lors que son atteinte à l'épaule droite était à l'origine de son trouble dépressif. Il était dès lors nécessaire de procéder à une évaluation neuropsychologique. L'OAI n'avait pas investigué l'aspect psychique de son atteinte. En outre, les limitations fonctionnelles justifiaient un abattement d'au moins 25% de sa capacité de gain par rapport au travailleur jouissant d'une pleine capacité de travail. Dans ces circonstances, il paraissait plus judicieux de lui octroyer une rente entière et de ne pas mettre en œuvre des mesures de réadaptation et de reconditionnement, lesquelles étaient vraisemblablement plus onéreuses que la rente qu'elle pourrait recevoir. En annexe figurait un rapport du Dr J\_\_\_\_\_ daté du 9 août 2017, qui se prononçait sur l'avis du SMR du 15 juin 2017. Pour ce médecin, c'était l'atteinte orthopédique qui déterminait l'incapacité de travail en tenant compte des limitations fonctionnelles et des capacités mnésiques et cognitives. 37. L'intimé a dupliqué en date du 14 septembre 2017 et a produit un avis du SMR du 7 septembre 2017, dont il ressort que le Dr J\_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément objectif nouveau permettant de modifier l'appréciation du cas, notamment aucune aggravation de l'état psychique depuis sa prise en charge dès 2008. Au contraire, ce médecin faisait état d'une amélioration de l'état psychique de la recourante. S'agissant de l'obésité, force était de constater que les limitations fonctionnelles qui y étaient liées avaient été prises en considération. Par ailleurs, pour le Dr L\_\_\_\_\_, une réduction pondérale et un reconditionnement physique étaient raisonnablement et médicalement exigibles. Dans ces circonstances, il convenait de retenir une capacité de travail de 50% dans l'ancienne activité et de 100% dans une activité adaptée. Enfin, l'abattement de 25% sollicité par la recourante n'ouvrirait quoi qu'il en soit pas le droit à une rente. 38. La duplique du 14 septembre 2017 a été transmise à la recourante et la cause 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 dès le 1 er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des

assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À 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. Le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu de la suspension du délai du 7<sup>ème</sup> jour avant Pâques au 7<sup>ème</sup> jour après Pâques, tombé en 2017 sur le dimanche 16 avril (art. 38 al. 4 let. a et 60 LPGA), et il satisfait aux exigences de forme et de contenu prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA ; cf. aussi art. 89B LPA). 4. À titre liminaire, il y a lieu de préciser l'objet du litige. Entre avril 2004 et octobre 2010, la recourante a formellement déposé trois demandes de prestations d'invalidité, toutes rejetées par l'OAI, la dernière en date du 4 juin 2012. Suite au recours de l'assurée, la chambre de céans a, par arrêt du 20 novembre 2012, confirmé la décision du 4 juin 2012, tout en renvoyant la cause à l'OAI, à sa demande, pour examen des mesures de réadaptation professionnelle. En raison des interventions chirurgicales, l'OAI a considéré que des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas adaptées (cf. rapport de réadaptation professionnelle du 26 juillet 2013) et a repris l'instruction sur le plan médical. En d'autres termes, en juillet 2013, l'OAI a considéré que la recourante avait formé une nouvelle demande en raison d'une aggravation de son état de santé. Dans la mesure où l'intimé ne s'est pas contenté de rassembler des rapports des médecins traitants, mais qu'il a également suggéré la réalisation d'une expertise, confiée au Dr BOUVIER, il doit être considéré que l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de la recourante. Le litige porte ainsi sur le point de savoir si l'intimé était fondé à rejeter la nouvelle demande de prestations de la recourante formulée en 2013. Concrètement, le litige concerne l'existence d'une aggravation de l'état de santé de la recourante entre juillet 2012 (rejet de la précédente demande de prestations) et avril 2017 (rejet de la nouvelle demande de prestations). 5. a. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 – RAI - RS 831.201). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées). À cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1). b. Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit entre la dernière décision entrée en force, qui repose sur un

examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, d'une part, et la décision litigieuse, d'autre part (ATF 133 V 108 consid. 5.4 et 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_754/2013 du 16 avril 2014 consid. 2.1). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_717/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 491/2003 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références).

6. 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 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

7. a. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). 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. S'il est vrai que l'obésité en soi n'est pas constitutive d'invalidité, celle-ci doit toutefois être admise, selon la jurisprudence, si l'excédent de poids a provoqué une atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble de la santé et qu'ainsi, la capacité de gain est sensiblement réduite et ne peut être augmentée de façon importante par des mesures raisonnablement exigibles (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_48/2009 consid. 2.3 ; voir également RCC 1984 p. 359 consid. 3)

8. a. 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 finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une

activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). b. Le Tribunal fédéral fait généralement preuve de réserve avant de reconnaître le caractère invalidant d'un trouble de la lignée dépressive. Il a notamment précisé récemment que les troubles légers et moyens de la lignée dépressive, qu'ils soient récurrents ou épisodiques, ne peuvent être considérés comme des atteintes à la santé à caractère invalidant que dans les situations où ils se révèlent résistants aux traitements pratiqués, soit lorsque l'ensemble des thérapies (ambulatoires et stationnaires) médicalement indiquées et réalisées selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré, ont échoué. Ce n'est que dans cette hypothèse - rare, car il est admis que les dépressions sont en règle générale accessibles à un traitement - qu'il est possible de procéder à une appréciation de l'exigibilité sur une base objectivée, conformément aux exigences normatives fixées à l'art. 7 al. 2, 2ème phrase LPG (ATF 140 V 193 consid. 3.3 et les références; voir également arrêts du Tribunal fédéral 9C\_146/2015 du 19 janvier 2016 consid. 3.2 et 9C\_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Cette jurisprudence a pour corollaire qu'une évaluation médicale portant sur le caractère invalidant de troubles de la lignée dépressive doit reposer non seulement sur un diagnostic constaté selon les règles de l'art, mais également sur une description précise du processus thérapeutique (y compris le traitement pharmacologique) et sur une évaluation détaillée de l'influence d'éventuels facteurs psychosociaux et socioculturels sur l'évolution et l'appréciation du tableau clinique (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 4.2). 9. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). c. 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). c/aa. 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). c/bb. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). c/cc. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C\_408/2014 et 8C\_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). c/dd. 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). 10. 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).

11. a. En 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations en se fondant sur le rapport d'examen établi le 11 janvier 2012 par les Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, médecins auprès du SMR, lesquels avaient notamment retenu les diagnostics suivants : omalgies bilatérales chroniques sur pathologie dégénérative de la coiffe des rotateurs bilatérale, status après réinsertion de la coiffe et acromioplastie de l'épaule droite en 2006, status après réinsertion de la coiffe des rotateurs et acromioplastie gauche en 2010 ; lombalgies mécaniques dans un contexte de troubles dégénératifs mineurs débutants (avec effet sur la capacité de travail) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique, majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques ; surcharge pondérale avec obésité de classe 1, BMI à 34 ; déconditionnement musculaire global et focal avec dysbalance et un genu vara bilatéral (sans répercussion sur la capacité de travail).

En raison de ces atteintes, l'activité habituelle de gouvernante ou de femme de ménage ne pouvait être exercée à un taux supérieur à 50%. En revanche, toute forme d'activité respectant de façon stricte les limitations fonctionnelles était possible sur le plan médico-théorique à un taux de 100%, sans diminution de rendement. Les limitations fonctionnelles auxquelles le rhumatologue faisait référence étaient alors les suivantes : pas de port de charges supérieures à 2,5 kg de façon répétitive au niveau des membres supérieurs et occasionnellement au-delà de 7,5 kg ; pas d'activité en antépulsion ou en abduction au-delà de 60° de manière répétitive et occasionnelle au-delà de 90° ; pas de positions statiques assises prolongées au-delà d'une heure sans possibilité de varier les positions au minimum une fois par heure, de préférence à la guise de l'assurée, pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance, pas d'activité en hauteur ni en terrain instable et pas d'exposition à des températures froides ou à l'humidité. Du point de vue psychiatrique, l'épisode dépressif actuel moyen, sans syndrome somatique, était en lui-même non-incapacitant, de sorte qu'aucun élément probant, anamnestique ou clinique ne permettait de retenir une quelconque période d'incapacité de travail pour raisons psychiatriques, à quelque période de la vie de l'assurée que ce soit. Saisie d'un recours, la chambre de ceans a considéré que le rapport du SMR était doté d'une pleine valeur probante et que les observations des médecins traitants ne permettaient pas de s'en écarter.

b. Lors de la décision querellée, en avril 2017, l'intimé s'est fondé sur le rapport établi, le 4 mars 2016, par le Dr L\_\_\_\_\_. Si le rapport de ce médecin répond à certains requis juridiques (anamnèse, résumé du dossier médical), il n'est pas motivé sur certains points, comporte des incohérences, des contradictions et ne semble pas être fondé sur des investigations complètes. Ainsi : - L'expert ne décrit tout d'abord que très succinctement les plaintes de la recourante, les résumant de la manière suivante : « l'assurée se plaint de douleurs au genou droit, du bras gauche et du dos ». On ne sait pas s'il s'agit de douleurs constantes ou mécaniques. S'agissant des douleurs au dos, on ne sait pas si elles concernent le rachis lombaire ou

cervical, des atteintes à ces deux segments ayant été évoquées par les médecins.![endif]>![if> - Alors même que la recourante se plaint de douleurs au dos et que des lombalgies mécaniques dans un contexte de troubles dégénératifs mineurs débutants avaient été retenues par les médecins du SMR dans leur rapport du 11 janvier 2012, le Dr L\_\_\_\_\_ n'a pas mentionné cette atteinte dans son rapport d'expertise, au motif que la recourante ne lui aurait pas fourni les rapports médicaux nécessaires. ![endif]>![if> Or, force est de constater que l'expert a lui-même fait état de facettes algiques lors de la palpation. Il est dès lors étonnant qu'il n'ait pas jugé nécessaire de procéder à des examens radiologiques complémentaires afin de préciser son diagnostic, ce d'autant plus que le rapport que la recourante aurait dû fournir datait de 2009 et que le temps écoulé justifiait à lui seul une nouvelle radiographie. - Le Dr L\_\_\_\_\_ a modifié la liste des limitations fonctionnelles, en assouplissant certaines, sans fournir la moindre explication à ce sujet. En effet, alors que les médecins du SMR limitaient le port de charges à 2,5 kg de façon répétitive et à 7,5 kg occasionnellement, le Dr L\_\_\_\_\_, a considéré que de manière générale, le port de charge de plus de 5 kg était à proscrire. Les médecins du SMR ont également limité la position statique assise à une heure consécutive alors que le Dr L\_\_\_\_\_ n'a pas évoqué ce type de limitations fonctionnelles.![endif]>![if> - Enfin et dans tous les cas, dans la mesure où le SMR a modifié les conclusions du Dr L\_\_\_\_\_ en ce qui concerne l'appréciation de la capacité de travail, la réduisant à 50% (et non 70%) par avis du 16 juin 2017 (« après relecture du dossier médical, il convient de modifier notre avis du 6 juin 2016 dans le sens où l'assurée a une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle et non de 70%, ceci afin de tenir compte de l'existence des lombalgies sur troubles dégénératifs du rachis »), le rapport du 4 mars 2016 du Dr L\_\_\_\_\_ ne saurait se voir reconnaître une pleine valeur probante pour ce motif déjà.![endif]>![if> Dans tous les cas, indépendamment de l'avis du SMR, il paraît surprenant que la recourante puisse encore exercer ses activités habituelles à 70% (gouvernante) et 100% (concierge) alors que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr L\_\_\_\_\_ interdisent notamment la position debout pendant plusieurs heures ou la montée fréquente d'escaliers. Or, à l'évidence, l'activité de gouvernante ou de concierge requiert majoritairement la position debout, ainsi que, en fonction de l'immeuble dans lequel travaille la recourante, la montée d'escaliers. c. Il découle de ce qui précède que la chambre de céans n'est pas en mesure d'apprécier les répercussions de l'aggravation de l'atteinte et des limitations fonctionnelles sur la capacité de travail de la recourante et, par conséquent, de déterminer le degré d'invalidité en résultant faute de rapport probant au dossier. Conscient des carences du rapport du Dr L\_\_\_\_\_, le SMR a revu sa position à un stade de la procédure où l'intimé pouvait encore reconsidérer sa décision. En pareilles circonstances, il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences administratives, de sorte que le dossier sera renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise sur la question de l'aggravation de l'état de santé de la recourante et ses répercussions sur la capacité de travail. Dans ce contexte, il appartiendra notamment au médecin mandaté de déterminer si l'excédent de poids de la recourante a provoqué une atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble de la santé et qu'ainsi, la capacité de gain est sensiblement réduite et ne peut être augmentée de façon importante par des mesures raisonnablement exigibles (voir supra consid. 7b). Enfin, sur le plan psychique, il ne ressort pas du dossier que l'ensemble des thérapies – ambulatoires et stationnaires – médicalement indiquées et réalisées selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de la recourante, aient échoué. Partant, l'expertise ne devra pas comporter un volet psychiatrique. 12. Au vu de ce qui précède, le

recours sera partiellement admis et la décision du 11 avril 2017 sera annulée. La cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.![endif]>![if> La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Étant donné que, depuis le 1 er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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