

GE_GERICHTE A/4036/2017 vom 20. Dezember 2018

GE Cour de justice, 2018-12-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4036_2017

FR: GE_GERICHTE A/4036/2017 du 20 décembre 2018

IT: GE_GERICHTE A/4036/2017 del 20 dicembre 2018

Erwägungen

E. 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. À 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).

E. 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). À l'ATF 143 V 418, le Tribunal fédéral a examiné dans quelle mesure des troubles psychiques en tant que comorbidités d'un trouble somatoforme douloureux, doivent être pris en considération pour examiner le caractère invalidant d'un tel trouble. Il a précisé que même si ces troubles psychiques, pris séparément, ne sont pas invalidants en application de la nouvelle jurisprudence publiée aux ATF 141 V 281, ils sont pertinents dans l'appréciation globale de la capacité de travail d'une personne atteinte d'un trouble somatoforme douloureux. En effet, cette appréciation doit tenir compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise

séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources.

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 assécurologique 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. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des

preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible. En particulier, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1). 11. 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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. c. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF

135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). d. 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). e. Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de trouble somatoforme 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 648/03 du 18 septembre 2004 consid. 5.1.3 et 5.1.4). f. Un rapport du SMR 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 ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). g. 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 12. Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante. Il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires

recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d’autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l’aune des indicateurs déterminants. Selon l’étendue de l’instruction déjà mise en œuvre, il peut s’avérer suffisant de requérir un complément d’instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_797/2017 du 22 mars 2018 consid. 4.2).>![endif]>![if> Lorsq’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). 13. La recourante conteste la valeur probante de l’expertise bidisciplinaire du CEMed et de l’expertise psychiatrique du Dr F_____. En revanche, elle ne conteste pas la valeur probante de l’expertise rhumatologique de la Dresse G_____ qui n’est pas davantage remise en question par l’intimé. Toutefois, en tant que la Dresse G_____ pose un diagnostic de fibromyalgie sans incidence sur la capacité de travail alors que les critères jurisprudentiels ayant cours au moment de la décision litigieuse n’ont pas été pris en compte pour apprécier le caractère incapacitant de la fibromyalgie, son expertise est incomplète sur cette question. Par conséquent, la chambre de céans ne peut pas se baser sur ses conclusions relatives à l’absence d’incidence sur la capacité de travail de la fibromyalgie pour trancher le présent litige.>![endif]>![if> En revanche, s’agissant des lombalgies avec sciatalgies gauches intermittentes sur troubles dégénératifs, canal lombaire étroit et foramens rétrécis, la Dresse G_____ explique que la description des douleurs est plausible, notamment l’irradiation dans le membre inférieur gauche, au vu de l’état inflammatoire chronique, attesté par le phénomène de MODIC I et les épanchements dans les massifs articulaires postérieurs, qui peuvent très bien générer les douleurs décrites par la recourante. Elle relève également que celle-ci présente des troubles dégénératifs sévères des deux épaules mais plus particulièrement à gauche avec un état inflammatoire chronique qui nécessite une évaluation par un chirurgien-orthopédiste. Au vu de ces explications, ses conclusions quant aux diagnostics lombaires et à la capacité de travail de la recourante sont motivées, tiennent compte des plaintes de la recourante ainsi que d’un examen clinique de rhumatologie, de l’anamnèse et reposent sur les pièces médicales du dossier. De plus, aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé et aucune appréciation d’un médecin traitant ne permet de douter de leur pertinence. Par conséquent, elles ont une valeur probante, de sorte qu’il y a lieu de retenir que la recourante présente une capacité de travail dans une activité adaptée au maximum de 70 % depuis juillet 2011 et de 50 % depuis l’été 2012 avec une diminution de rendement de 10 %, sous réserve de l’examen de l’effet incapacitant de la fibromyalgie au regard des nouveaux critères jurisprudentiels et d’un examen par un chirurgien-orthopédiste quant aux troubles des épaules. Quant au rapport d’expertise du Dr F_____, ce dernier retient un diagnostic non incapacitant d’épisode dépressif léger (F 32.00) sans syndrome somatique. La recourante conteste ce diagnostic eu égard au trouble dépressif sévère diagnostiqué par le Dr M_____ dans son rapport du 19 juin 2017. En l’occurrence, le Dr F_____ considère que la recourante ne souffre pas d’une pathologie psychiatrique grave et qu’un traitement antalgique de fond de type antidépresseur ainsi qu’un suivi psychothérapeutique de type thérapie cognitivo-comportementale (TCC) auront très vraisemblablement un effet bénéfique au moins partiel sur le ressenti de la symptomatologie douloureuse. En l’occurrence, le fait que la recourante ne suit un traitement psychothérapeutique que depuis le 23 septembre 2015 rend plausible qu’à

l'époque de l'examen du Dr F_____, soit le 24 juillet 2013, son état de santé psychique n'était pas suffisamment important pour nécessiter un tel traitement et que le diagnostic était celui d'épisode dépressif léger. Dans son rapport d'expertise, le Dr F_____ prend en compte les plaintes de la recourante et l'anamnèse, se base sur le status clinique existant lors de son expertise ainsi que sur le dossier médical et explique pourquoi il ne retient pas le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Par ailleurs, aucun rapport médical au dossier datant de la même époque ne procède à une évaluation psychiatrique divergente. Par conséquent, ce rapport d'expertise remplit tous les critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. S'agissant du rapport d'expertise du CEMed du 29 juillet 2016, les parties s'accordent en définitive quant à son absence de valeur probante, même si dans la décision litigieuse, l'intimé a tout d'abord considéré qu'il y avait lieu de suivre ses conclusions avant de se rétracter dans son mémoire de réponse. Dans leur rapport du 29 juillet 2016, les experts diagnostiquent, avec répercussion sur la capacité de travail, un conflit sous acromial chronique bilatéral gauche présent depuis 2007 probablement. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils diagnostiquent des lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs modérés, un épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00) et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Pour justifier les diagnostics rhumatologiques, la Dresse K_____ relève que la recourante présente un état douloureux chronique ciblé sur la région lombaire et sur les épaules. Elle explique que dans la plupart des cas de syndrome douloureux chronique, on assiste plutôt à un phénomène d'extension de la douleur avec des douleurs généralisées et migratrices, ce qui n'est pas le cas chez la recourante qui décrit toujours clairement des douleurs uniquement au niveau lombaire et aux épaules, principalement à l'épaule gauche. Les développements de la Dresse K_____ ne permettent pas de comprendre pourquoi, à l'inverse de la Dresse G_____, elle ne diagnostique pas une fibromyalgie alors que précisément la recourante présente les dix-huit points douloureux sur dix-huit permettant de poser un tel diagnostic. Par ailleurs, elle n'explique à aucun moment pourquoi elle ne considère pas que les lombalgies chroniques sont incapacitantes au contraire de la Dresse L_____. Quant au Dr H_____, il n'explique pas pourquoi il retient le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques bien qu'il relève que l'examen somatique met en évidence dix-huit points algiques sur dix-huit, soit les points douloureux qui justifient un diagnostic de fibromyalgie. De plus, le diagnostic d'épisode dépressif léger est contesté par le Dr M_____, dans son rapport du 19 juin 2017, qui diagnostique un épisode dépressif sévère ainsi qu'une anxiété généralisée sur la base de ses observations, des tests de Beck ainsi que de son suivi clinique et fait état d'une importante péjoration de l'état psychique de la recourante malgré le travail psychothérapeutique depuis septembre 2015 et la compliance au traitement. Or, au vu des diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail posés par le psychiatre traitant qui suit la recourante depuis septembre 2015 et a eu le recul temporel nécessaire pour se faire une idée précise de son état de santé sur la base de ses observations régulières, l'expert se devait de motiver son appréciation de façon particulièrement fouillée, ce qu'il n'a pas fait (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_905/2015 du 29 août 2016 consid. 5.3.3). Enfin, bien que la recourante ait exprimé plusieurs plaintes sur le plan psychique qui sont mentionnées dans le rapport d'expertise, notamment fatigue, absence d'envies et d'intérêts, troubles mnésiques importants apparus récemment, anxiété, impulsivité, tristesse marquée, sentiments de dévalorisation et perte d'appétit, le Dr H_____ ne les retient pas dans son appréciation. Il explique qu'il n'a pas observé de troubles de la concentration tout en indiquant que la

mémoire est extrêmement difficile à évaluer et que durant l'entretien, il n'a pas constaté de ralentissement psychomoteur ni de fatigue. Toutefois, tout en étant informé du suivi psychologique de la recourante par Appartenances, il n'a pas pris contact avec les thérapeutes alors que les observations de ceux-ci auraient pu lui permettre d'apprécier plus précisément la question des troubles mnésiques, de la tristesse et de la perte d'envie de vivre qui ont été constatés par le Dr M_____ lors de ses divers examens. Par conséquent, le rapport d'expertise est incomplet. Il l'est d'autant plus que le Dr H_____ n'examine pas le caractère incapacitant des diagnostics psychiques posés au regard de la grille d'analyse établie par la jurisprudence. Ainsi, le rapport d'expertise ne met pas en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la recourante d'autre part. Il ne donne pas d'indications pertinentes sur le degré de gravité du trouble douloureux. Il n'est pas possible non plus de déterminer l'interaction entre le trouble douloureux et les autres diagnostics psychiques retenus, des indications précises sur le développement et la structure de la personnalité de la recourante faisant défaut. Il n'est ainsi pas possible de savoir si les ressources personnelles de la recourante sont diminuées par l'existence de comorbidités psychiatriques justifiant la reconnaissance de limitations fonctionnelles ainsi que le Dr M_____ le retient dans son rapport du 27 septembre 2017. En effet, le rapport d'expertise ne contient aucune indication sur les ressources de la recourante et sa capacité à les mobiliser, au regard d'éventuelles limitations des niveaux d'activités dans les domaines comparables de la vie. Il n'aborde pas davantage les fonctions complexes du Moi, notamment le contrôle des affects et des impulsions bien que la recourante se plaigne d'impulsivité. Par conséquent, au vu de ses lacunes et contradictions, le rapport d'expertise du CEMed n'a pas de valeur probante. S'agissant des divers rapports du Dr M_____, celui du 19 juin 2017 analyse les critères de Mosimann au lieu de ceux de la nouvelle grille établie par le Tribunal fédéral. Celui du 27 septembre 2017 analyse les critères de la nouvelle jurisprudence, mais de façon insuffisamment approfondie pour permettre de trancher le présent litige sur cette base. 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). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).!> En l'espèce, dans son avis du 24 septembre 2015, le SMR a requis la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire rhumato-psychiatrique afin d'analyser les répercussions de la composante fibromyalgique

sur la capacité de travail en se basant sur les indicateurs standards requis par la nouvelle jurisprudence. Or, les experts du CEMed n'ont nullement procédé à une telle analyse, de sorte que cette question est restée complètement non instruite par l'intimé. De plus, dans son rapport d'expertise, la Dresse G _____ a préconisé que l'état inflammatoire chronique aux deux épaules soit analysé par un chirurgien-orthopédiste, sans que l'intimé ne diligente un tel examen, de sorte qu'il n'a également pas du tout instruit cette question. Au vu de cette situation, il convient de renvoyer le dossier à l'intimé pour qu'il mette en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire rhumatologique, orthopédique et psychiatrique afin de compléter l'instruction sur les troubles inflammatoires des épaules, l'effet incapacitant de la fibromyalgie et des autres troubles psychiques au regard de la grille d'analyse du Tribunal fédéral. Ce renvoi rend superflue l'analyse des autres griefs soulevés par la recourante.

15. Il se justifie, en conséquence, d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 31 août 2017 et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision. La recourante étant représentée par un avocat et obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée (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. 1 bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-. **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.