

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1674/2015

ATAS/180/2016

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 9 mars 2016**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à CHATELAINE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Sarah BRAUNSCHMIDT  
SCHEIDEGGER

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Rosa GAMBA et Larissa ROBINSON-MOSER,  
Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1961, mariée et mère de deux filles nées en 1983, respectivement 1988, est arrivée en Suisse en 1992. Sans formation autre que l'école obligatoire suivie au Portugal, elle a notamment travaillé en qualité de concierge auprès de l'agence immobilière B\_\_\_\_\_ SA, du 1<sup>er</sup> novembre 1995 au 31 décembre 2005, à raison de douze à quatorze heures par semaine.
2. Le 29 novembre 2005, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé), précisant qu'elle souffrait de deux hernies discales et de dépression depuis 2000 et qu'elle sollicitait l'octroi d'une rente d'invalidité.
3. Dans un rapport daté du 22 décembre 2005, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a indiqué qu'en 1998, l'assurée avait subi une laminectomie à la colonne lombaire en L4-L5-S1 et qu'une dépression ainsi qu'une fibromyalgie étaient apparues à la même époque. L'état de santé de l'assurée allait s'aggravant.
4. Dans un rapport du 7 janvier 2006, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, a indiqué pour sa part que l'assurée souffrait de multiples blocages lombaires sur dégénérescence discale étagée L2-L3-L4-L5-S1 avec sciatique associée et d'un syndrome douloureux chronique – fibromyalgie. La présence de ces affections remontait au printemps 2003. L'incapacité de travail de l'assurée dans sa profession habituelle de concierge était de 100% depuis le 15 novembre 2004 et son état de santé stationnaire. Dans une annexe à ce rapport, le Dr D\_\_\_\_\_ a toutefois précisé que l'assurée pouvait continuer à travailler en tant que concierge à raison de deux à trois heures par jour s'il s'agissait de travaux légers. Dans le cadre d'une telle activité ou de toute autre activité adaptée à ses limitations, il existait une diminution de rendement dans la mesure où l'assurée se sentait complètement invalide.
5. Par avis du 22 mai 2007, la Doctoresse E\_\_\_\_\_, médecin SMR, a recommandé la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique.
6. Le 12 juillet 2007, l'assurée a fait l'objet d'un examen clinique et rhumatologique au Centre d'expertise médicale – COMAI de Champel, complété par un examen spécialisé psychiatrique s'étant déroulé le 6 août 2007. Dans leur rapport d'expertise interdisciplinaire subséquent, du 20 mars 2008, les docteurs F\_\_\_\_\_, médecin-chef, et G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et réhabilitation, ont indiqué que la quantification finale des limitations de la capacité de travail en termes de présence et de rendement avait été décidée lors d'une « conférence de consensus » ayant réuni les experts en charge du cas, soit la Dresse G\_\_\_\_\_ elle-même ainsi que le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Ces praticiens ont examiné le dossier médical, entendu les déclarations de l'assurée et procédé à son examen clinique.

Les Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail :

- failed back surgery syndrom avec lombalgies chroniques basses après laminectomie et spondylodèse L4-L5 et L5-S1 à fin 2004;
- trouble d'anxiété généralisé (F41.1) à début indéterminé ;

En revanche, les autres diagnostics retenus étaient sans répercussion sur la capacité de travail, à savoir :

- personnalité anxieuse (F60.6) depuis l'adolescence;
- syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) depuis 2003, versus syndrome de fibromyalgie ;
- hypertension artérielle traitée ;
- gonarthrose droite prédominant sur les compartiments internes et fémoro-patellaires ;
- dyslipidémie ;
- hépatolyse discrète probablement d'origine médicamenteuse.

Dans son appréciation du cas, le Dr H\_\_\_\_\_ a rapporté que les diverses appréciations de ses confrères, versées au dossier, n'étaient pas totalement convergentes. Le diagnostic de fibromyalgie revenait le plus fréquemment, associé parfois à un trouble de l'humeur, peu sévère, avec une symptomatologie anxio-dépressive et un épisode dépressif moyen. L'assurée ne se plaignait pas de troubles cognitifs hormis des oublis occasionnels, ni de ralentissement psychomoteur. Elle ressentait de la tristesse occasionnellement et de la fatigue tous les jours. La capacité à éprouver du plaisir était réduite, sans anhédonie. Elle ne présentait pas de sentiments de culpabilité ni de dévalorisation, ni pessimisme ni découragement, pas d'idées noires ni suicidaires. Le sommeil était perturbé par la douleur et la libido diminuée. Selon l'expert, ces plaintes correspondaient bien à l'examen clinique lors duquel il n'avait observé ni tristesse, ni troubles cognitifs, ni ralentissement psychomoteur. Il ne retrouvait pas d'élément pour un trouble dépressif récurrent sur la base de ces éléments anamnestiques et l'appréciation actuelle ne parlait pas en faveur d'un trouble de l'humeur sévère comme un trouble dépressif récurrent avec des épisodes moyen ou sévère en intensité.

L'assurée exprimait la crainte d'être paralysée lorsque les douleurs étaient trop importantes. Toutefois, elle pouvait être rassurée concernant cette crainte. Elle avait de la difficulté à se détendre avec une tension psychique très fréquente. L'expert notait la présence d'une très forte anxiété, sans atténuation au cours de l'entretien, avec des réactions neurovégétatives. De plus, l'assurée se décrivait comme très timide depuis longtemps. Elle avait des difficultés à faire des demandes mais restait capable d'exprimer d'éventuels désaccords. Ces éléments parlaient en faveur

du diagnostic d'anxiété généralisée (F41.1) et de personnalité anxieuse (F60.6). Ces affections n'étaient pas sévères et ne l'avaient pas empêchée d'exercer une activité professionnelle par le passé. Elles étaient sans répercussion sur la possibilité de travailler huit heures par jour comme concierge. En revanche, elles pouvaient diminuer le rendement de 20-30% en occasionnant de la fatigue. Toutefois, cette diminution de rendement était transitoire, en ce sens qu'une prise en charge psychothérapeutique et pharmacologique – par antidépresseurs ISRS – future était de nature à améliorer le pronostic de l'anxiété généralisée ainsi que le rendement professionnel de l'intéressée.

L'assurée souffrait également d'un syndrome douloureux persistant (F45.4). Durant l'entretien, elle avait eu des comportements algiques, mais il n'y avait pas de comportement histrionique. L'expert n'arrivait pas clairement à identifier un contexte difficile particulier. Il notait toutefois que les douleurs étaient décrites comme assez intenses, permanentes. Le monitoring thérapeutique montrait une absence de compliance au paracétamol – Dafalgan. De plus, les différents traitements antalgiques, notamment la prescription d'antidépresseurs, n'avaient pas été prescrits suffisamment longtemps – un mois environ pour le Tryptizol – pour permettre d'évaluer leur efficacité. Dans ce contexte, on ne pouvait pas parler d'une cristallisation de son état en raison d'une absence de réponse au traitement. Il n'y avait pas non plus de véritable état de détresse et ce trouble n'était pas accompagné d'une comorbidité sévère. Dès lors, ce syndrome douloureux somatoforme était d'intensité légère. Dans ce sens, il ne diminuait pas la capacité de l'assurée à être présente durant huit heures à son lieu de travail. Toutefois, l'assurée se plaignait d'une certaine fatigue et d'un manque d'énergie, symptômes qui pouvaient entrer dans le cadre de cette affection et qui se traduisaient par une diminution de rendement non cumulative avec la diminution de rendement due à l'anxiété généralisée, laquelle était transitoirement de l'ordre de 25 à 30%. La prescription d'un antidépresseur était donc indiquée dans ce contexte, afin de moduler le seuil de perception de la douleur. En conclusion, l'assurée pouvait travailler huit heures par jour. Les affections psychiatriques étaient responsables d'une diminution de rendement par un effet cumulatif de l'ordre de 30%, transitoire en l'absence de thérapie actuelle. Une prise en charge psychiatrique plus intensive était nécessaire pour améliorer le rendement professionnel et pour améliorer le pronostic. Ceci devait aussi permettre d'éviter d'autres complications de l'anxiété généralisée, telles qu'un alcoolisme ou un trouble dépressif majeur, ceci à plus forte raison que les tests hépatiques étaient perturbés.

Pour sa part, la Dresse G\_\_\_\_\_ a relevé que l'assurée présentait des lombalgies épisodiques avec irradiation intermittente dans le membre inférieur droit depuis 2003 environ. Par la suite, des « blocages » lombaires étaient survenus de plus en plus fréquemment, induisant des arrêts de travail répétés et, finalement, un arrêt définitif en novembre 2004. Après une laminectomie de l'étage L4-L5 et L5-S1 et une spondylodèse des segments L4-L5 et L5-S1, pratiquées par le Dr D\_\_\_\_\_,

l'évolution post-opératoire avait été marquée par des douleurs lombaires sévères, rebelles aux traitements antalgiques. En effet, seules les irradiations dans la jambe avaient disparu. Ces douleurs induisaient une gêne fonctionnelle importante au quotidien. Les activités quotidiennes étaient réduites au minimum, les sorties à deux-trois fois par semaine, la marche, la station assise étaient également fortement limitées. La prise médicamenteuse depuis décembre 2004 était lourde, à base de Sirdalud, Rivotril, Dafalgan, Co-Dafalgan, Voltarène, Tanstec, gouttes de morphine (Valoron), Oxycontin, Ecofenac. Cependant, d'une manière générale, on constatait, sur le listing de la pharmacie, une réduction des médications antalgiques depuis le milieu de l'année 2006. En effet, les AINS étaient moins prescrits, le Co-Dafalgan avait été remplacé par du Dafalgan, et les doses de morphine avaient été réduites. Lors du monitoring plasmatique effectué lors de la consultation psychiatrique du 6 août 2007, on n'avait plus trouvé de paracétamol, ce qui attestait que la prise de celui-ci n'avait pas eu lieu ce jour-là. Lors du premier rendez-vous avec l'assurée à mi-juillet 2007, la Dresse G\_\_\_\_\_ avait attiré son attention au sujet des troubles des fonctions hépatiques, probablement en relation avec la prise importante de paracétamol. Aussi lui avait-elle conseillé de réduire la posologie.

Selon la Dresse G\_\_\_\_\_, le suivi radiologique sous la forme d'IRM en 2006 et, récemment, en avril 2007 ne montrait pas de descellement du matériel de fixation ni de compression radiculaire aux étages bas lombaires. Elle notait toutefois une discrète discopathie L3-L4.

À l'observation, l'assurée présentait des mimiques douloureuses au moindre mouvement des lombaires. Elle s'était levée six à huit fois durant l'anamnèse et l'experte avait observé les difficultés moyennes de l'intéressée à se mouvoir, à se déshabiller et à monter sur la table d'examen. L'examen clinique avait corroboré cette attitude. Outre une raideur lombaire (index de Schober fortement diminué), des conduites d'évitement du déroulement lombaire, l'experte avait constaté une mobilité réduite sur tous les plans à cause des douleurs lombaires ainsi qu'une intolérance à la position assise maintenue plus de dix à quinze minutes. Bien que l'experte eût trouvé des signes de Waddell positifs et observé une démarche caricaturale, l'assurée n'avait pas été prise en défaut lors de l'examen clinique. Les mouvements provoquant les douleurs étaient principalement les latéflexions et l'extension du rachis. Les contractures musculaires, somme toute modérées, paravertébrales, fessières et des psoas iliaques surtout, étayaient la réalité des douleurs lombaires.

En résumé, la Dresse G\_\_\_\_\_ a considéré qu'après les interventions pratiquées par le Dr D\_\_\_\_\_ en 2004, la radiculopathie avait disparu. En revanche, l'assurée continuait à souffrir de lombalgies qui s'étaient même aggravées et étendues le long du rachis « cranialement ». L'expérience clinique montrait bien que cette évolution –amélioration de la symptomatologie neurologique et persistance des douleurs locales – était malheureusement présente chez 10 à 30% des patients qui subissaient

cette intervention. Vu la description cohérente des lombalgies la présence de contractions musculaires, l'experte optait pour le diagnostic de failed back surgery syndrom. En revanche, elle n'avait pas de substrat anatomique pour l'extension de la symptomatologie douloureuse et le degré d'invalidation subjective. Corroboré par la présence de signes de non organicité (Waddel, attitude caricaturale), elle admettait, en accord avec le Dr H\_\_\_\_\_, pour cette partie des plaintes, la présence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Les experts admettaient que le trouble anxieux jouait un rôle négatif dans la perception de la douleur, respectivement la favorisait par anticipation négative. Il existait encore un potentiel thérapeutique tant d'un point de vue somatique – ablation des vis – que psychique. À cet égard, la Dresse G\_\_\_\_\_ estimait avec le Dr H\_\_\_\_\_ que le trouble anxieux pouvait encore être soigné par la prescription d'un traitement psychopharmacologique adéquat et qu'un tel traitement devait réduire, sinon faire disparaître complètement la diminution du rendement encore présente actuellement.

Invités à se prononcer sur l'influence des troubles constatés sur la capacité de travail, les experts ont considéré qu'en raison de l'exacerbation des lombalgies sous sollicitation physique, l'assurée présentait une tolérance fortement diminuée aux mouvements sollicitant le rachis lombaire comme la flexion latérale, l'extension, la rotation ainsi que le redressement lombaire. Au plan psychique et mental, l'anxiété générale non traitée engendrait une fatigue prononcée, responsable d'une diminution de l'endurance – réduction du rendement qui, à long terme, devrait disparaître avec le traitement. Enfin, il n'existait pas de limitation au plan social.

Même si l'assurée possédait une force musculaire intacte aux quatre membres, de même qu'une motricité fine normale, les mouvements répétitifs du dos, notamment en flexion et en flexion-rotation, courants dans le métier de concierge – lavage des vitres, des portes, lessivage des sols, pousser les containers et les poubelles – exacerbent les douleurs lombaires, de sorte que l'activité de concierge n'était plus exigible, ce depuis le 15 novembre 2004.

De l'avis des experts, des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables. L'assurée possédait des ressources psychiques suffisantes pour s'habituer à un rythme de travail et s'intégrer dans le tissu social. Ainsi, un plan de réadaptation spécial ne s'imposait pas. En revanche, il n'était pas possible d'améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent, vu les exigences physiques importantes qu'il impliquait.

Si l'assurée n'était pas sollicitée par des contraintes physiques – mouvements sollicitant le rachis lombaire tels que la flexion latérale, l'extension, la rotation ainsi que le redressement lombaire –, d'autres activités étaient exigibles de sa part, même à plein temps. Actuellement, la diminution de rendement était encore de l'ordre de 30% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles évoquées. Toutefois,

après mise en route d'un traitement pharmacologique contre l'anxiété, les experts s'attendaient à ce que l'assuré regagne assez rapidement un rendement normal.

7. Après examen du rapport d'expertise du COMAI du 20 mars 2008, le SMR a considéré le 28 avril 2008 que l'atteinte principale à la santé provenait du « failed back surgery syndrom » avec lombalgies chroniques basses après laminectomie et spondylodèse L4-L5 et L5-S1. Au titre de pathologies associées du ressort de l'AI, il a retenu un trouble d'anxiété généralisé à début indéterminé influençant à la fois la capacité de travail et les mesures professionnelles. En revanche, il a estimé que la personnalité anxieuse depuis la naissance, le syndrome douloureux somatoforme persistant – versus syndrome de fibromyalgie –, la gonarthrose droite ainsi qu'une hépatolyse discrète probablement d'origine médicamenteuse n'étaient pas du ressort de l'AI. La capacité de travail de l'assurée était de 0% dans l'activité habituelle, ce depuis novembre 2004. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, la date de début de la réadaptation se situait au plus tard le 18 mai 2005, soit six mois après l'intervention chirurgicale du Dr D\_\_\_\_\_.
8. Le 6 août 2008, l'OAI a effectué une enquête économique sur le ménage. Selon ses dires, l'assurée aurait continué à travailler à 50% si son état de santé ne l'en avait empêchée. Le questionnaire employeur faisait état de douze à quatorze heures par semaine, soit un taux d'activité de 35%. En réalité, elle travaillait de 8h à midi du lundi au vendredi, soit vingt heures par semaine. Partant, son statut était mixte et celui-ci se répartissait à parts égales entre la sphère professionnelle et la sphère ménagère.

Pour les travaux habituels, l'enquêtrice de l'OAI a retenu les empêchements suivants dus à l'invalidité – exigibilité des membres de la famille comprise:

	<b>Pondération du champ d'activité</b>	<b>Empêchement en %</b>	<b>Invalidité en %</b>
<b>Conduite du ménage 2-5%</b> ; planification, organisation, répartition du travail et contrôle.  L'assurée ne rencontre pas de problèmes particuliers dans l'organisation de son ménage.	5%	0%	0%
<b>Alimentation 10-50%</b> ; préparation, cuisson, service, travaux de nettoyage de la cuisine, provisions.  Avant : l'assurée préparait de bons repas équilibrés.  Maintenant : c'est son mari qui prépare le repas du soir, en grandes quantités, qu'elle réchauffe le lendemain à midi au four micro-ondes. Le mari cuisine également le week-end. Selon ses dires, l'assurée ne fait presque rien quand elle est seule. Elle ne peut même pas déposer d'assiette dans le lave-vaisselle. Elle les rince et les pose dans l'évier. Cependant, de l'avis de l'enquêtrice, certaines activités restent exigibles dans ce poste, compte tenu du rapport du SMR et de l'exigibilité du mari.	40%	30%	12%
<b>Entretien du logement 5-20%</b> ; épousseter, passer l'aspirateur, entretenir les sols, nettoyer les vitres,	20%	50%	10%

<p>faire les lits.</p> <p>Avant : l'assurée s'en occupait seule, chaque après-midi après son travail.</p> <p>Maintenant : elle peut encore épousseter. Le mari passe l'aspirateur et fait les vitres, la fille nettoie les sols et la salle de bains une fois par semaine. L'assurée ne fait pas son lit car elle s'y couche plusieurs fois dans la journée. La fille change la literie avec le mari.</p>			
<p><b>Emplettes et courses diverses 5-10%</b> ; poste, assurances, services officiels.</p> <p>Avant : l'assurée faisait les courses seule et s'occupait du travail administratif.</p> <p>Maintenant : l'assurée fait les courses avec sa fille aînée une fois par semaine, mais cela ne dure pas longtemps. Elle prépare les paiements et sa fille va à la poste.</p>	10%	0%	0%
<p><b>Lessive et entretien des vêtements 5-20%</b> ; laver, suspendre, ramasser, repasser, raccommoder, nettoyer les chaussures.</p> <p>Avant : l'assurée s'occupait seule de l'entretien des vêtements.</p> <p>Maintenant : sa fille fait la lessive, étend le linge ou utilise le séchoir. L'assurée ne peut pas se baisser pour mettre le linge dans la machine. Elle étend les petites choses et aide à plier le linge quand elle est assise. La fille repasse les t-shirts et les pantalons le week-end. Le reste n'est pas repassé mais uniquement plié.</p>	20%	50%	10%
<p><b>Soins aux enfants ou aux autres membres de la famille 0-30%</b></p>	0%	0%	0%
<p><b>Divers 0-50%</b> ; soins infirmiers, entretien des plantes et du jardin, garde des animaux domestiques, confection de vêtements, activité d'utilité publique, formation complémentaire, création artistique.</p> <p>L'assurée aimait faire du crochait, brodait de la dentelle. Elle ne sortait pas beaucoup et consacrait ses soirées à sa distraction favorite. Dès lors que selon le SMR, la limitation assise n'était pas limitée, l'enquêtrice indique n'avoir accordé que 20% d'empêchements pour une fatigue éventuelle</p>	5%	20%	1%
<p><b>Total :</b></p>	100%		<b>33%</b>

Commentant son appréciation, l'enquêtrice a indiqué que dans la sphère ménagère, les empêchements de l'assurée étaient relativement importants en raison des nombreuses limitations fonctionnelles qu'elle rencontrait – pas de flexion, pas de rotation, pas d'extension ni de redressement du rachis lombaire.

9. Déférant à une convocation de l'OAI, l'assurée s'est rendue, le 3 février 2009, au service d'évaluation et de réadaptation professionnelle des EPI. À cette occasion, elle a déclaré qu'elle ne pouvait pas travailler et qu'elle attendait des prestations

---

financières de l'AI depuis trois à quatre ans. Elle était convaincue de ne pouvoir rien faire, même en position assise. Elle avait perdu toute force, même dans les bras. Ses jambes enflaient et elle avait mal tout le temps. Elle pensait que sa capacité résiduelle de travail de 70% avait été fixée par le COMAI. Elle ne comprenait pas ce qui avait motivé les médecins. Si elle le pouvait, elle travaillerait encore. En définitive, elle avait accepté une proposition de stage de l'OAI par crainte de péjorer son expectative de rente en cas de refus.

10. Dans un courrier du 9 février 2009, le Dr D\_\_\_\_\_ a annoncé à l'OAI que l'assurée venait de lui apprendre qu'elle avait été jugée pleinement apte au travail. Il ne comprenait pas « cette décision » dans la mesure où l'assurée présentait des douleurs chroniques extrêmement invalidantes et qu'elle ne parvenait pas, sans l'aide de son mari et de ses filles, à faire face à ses tâches domestiques. Elle était actuellement sous une médication importante associant des dérivés morphiniques à des anti-inflammatoires et des antidépresseurs. Aussi lui semblait-il important que « cette décision » fût réévaluée et adaptée à la situation actuelle.
11. Par communication du 1<sup>er</sup> juillet 2009, l'OAI a octroyé une orientation professionnelle à l'assurée. Celle-ci devait se dérouler aux EPI du 13 juillet au 18 octobre 2009.
12. Le 14 juillet 2009, le docteur I\_\_\_\_\_, médecin aux HUG, a certifié que l'assurée était en traitement depuis le 13 juillet 2009 et que sa capacité de travail était nulle du 13 au 19 juillet 2009.
13. le 14 août 2009, les EPI ont informé l'OAI que l'assurée s'était présentée à son stage le 13 juillet 2009 en marchant avec deux cannes anglaises. Après avoir pris son repas de midi, elle s'était bloqué le dos en redescendant de la cafétéria. Sur quoi, elle était restée allongée par terre sans bouger. À 13h00, une ambulance l'avait conduite à l'hôpital. Les EPI ont confirmé avoir interrompu la mesure le 2 août 2009 et sorti l'assurée des effectifs à cette date, en accord avec l'OAI.
14. Le 18 décembre 2009, la doctoresse J\_\_\_\_\_, médecin adjoint et responsable du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, a indiqué avoir reçu l'assurée en consultation ambulatoire. La Dresse J\_\_\_\_\_ a diagnostiqué des lombalgies chroniques non déficitaires, un status post décompression et arthrodèse L4-L5, L5-S1 en 2004, un status post-ablation du matériel d'ostéosynthèse en 2008 ainsi que des gonalgies chroniques bilatérales. À l'examen clinique, elle a relevé que l'assurée présentait une surcharge pondérale, se déplaçait avec difficultés, s'habillait et se déshabillait avec lenteur pour éviter toute aggravation des douleurs. À la palpation, l'assurée présentait des douleurs des deux côtés à la musculature para-vertébrale cervicale, aux trapèzes, à la musculature para-vertébrale lombaire, aux crêtes iliaques, à l'interligne articulaire externe des deux genoux et enfin, deux signes comportementaux de Waddel. Dans la discussion subséquente, la Dresse J\_\_\_\_\_ a mentionné avoir expliqué à l'assurée qu'il était important de « remettre une activité progressive dans son quotidien » pour

---

maintenir sa condition musculaire. Elle avait bien souligné qu'une activité douce et régulière ne mettrait pas en danger sa santé ou son rachis, bien au contraire. Ainsi, elle proposait que l'assurée bénéficiât de quelques séances de physiothérapie et qu'on lui enseignât également des exercices à faire à domicile, en vue d'un reconditionnement physique et d'une diminution de la kinésiophobie. Enfin, la Dresse J\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée avait donné son accord pour participer à un groupe de thérapie cognitivo-comportementale dans le but d'améliorer ses ressources pour mieux gérer les douleurs. Il était en effet apparu que l'assurée n'avait mentionné aucun moyen personnel pour faire face à la douleur dans le questionnaire qui lui avait été soumis.

15. Dans un rapport intermédiaire du 23 août 2010 à l'OAI, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée présentait des douleurs aiguës à la colonne vertébrale depuis 2004 et que son état était stationnaire depuis lors, sans changement dans les diagnostics. Au titre de limitations fonctionnelles, il retenait des douleurs à la marche. De son point de vue, une expertise médicale s'imposait.
16. Par avis du 6 octobre 2010, le SMR a proposé de répéter la même expertise rhumato-psychiatrique au COMAI de Champel, afin de savoir ce qui limitait l'assurée dans l'exercice d'une activité adaptée, tenant compte non seulement de l'état après chirurgie du rachis, mais aussi de la fibromyalgie en cours, ainsi que de la dépression, dont il restait à déterminer l'impact durable sur la capacité de travail « après traitement suffisant ».
17. Dans un rapport intermédiaire du 10 octobre 2010 à l'OAI, le Dr D\_\_\_\_\_ a mentionné que l'état de santé de l'assurée était stationnaire, sans changement dans les diagnostics. La capacité de travail était nulle, tant dans le poste de travail occupé en tant que concierge que dans toute autre activité.
18. Le 3 décembre 2010, l'assurée a fait l'objet d'une double évaluation de médecine physique et psychiatrique au COMAI de Champel. Dans leur rapport d'expertise interdisciplinaire du 18 janvier 2011, les docteurs K\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_, respectivement spécialiste FMH en médecine physique et en psychiatrie, psychothérapie ont indiqué, avec le Dr F\_\_\_\_\_, médecin-chef, que la quantification finale des limitations de la capacité de travail en termes de présence et de rendement avait été décidée lors d'une conférence de consensus.

Les experts ont remarqué l'absence des points classiques de fibromyalgie qui avaient été retrouvés lors de la première expertise en 2007. Ils ont également constaté que depuis cette expertise, l'assurée avait subi, la même année encore, l'ablation des tiges d'arthrodèse lombaire. Cette ablation n'avait pas permis d'améliorer la symptomatologie à ce niveau. Les experts admettaient toutefois une légère aggravation de l'état de santé depuis 2007, surtout au niveau des genoux, comme confirmé par la dernière IRM à droite en 2010. L'ensemble de l'atteinte lombaire et des genoux ne permettait plus d'activité physique comme celle de concierge. En revanche, dans un poste adapté, c'est-à-dire respectant l'ergonomie

du rachis, ne nécessitant pas de charge ou de gestes répétitifs et permettant l'alternance de positions assise-debout, on pouvait admettre, d'un point de vue médical, une diminution de la capacité de travail résiduelle.

D'un point de vue psychique, l'assurée présentait une symptomatologie compatible avec une réaction dépressive prolongée dans le cadre d'un trouble de l'adaptation. Cependant, comme celui-ci durait depuis plus de deux ans, les experts retenaient plutôt la présence d'un épisode dépressif léger. Dans la mesure où l'assurée ne ressentait aucun besoin d'une aide ou d'un traitement, cela relativisait quelque peu l'intensité des plaintes émises. L'expertisée présentait également un syndrome douloureux, non explicable entièrement par les atteintes somatiques. Ce trouble survenait dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés par un clinicien comme la cause essentielle du trouble. Il y avait un problème psychosocial avec une difficulté de retrouver un emploi dans le contexte d'une formation très pauvre, de difficultés linguistiques avec un choix très limité à la clé. De surcroît, il y avait une attitude inconsciente de recherche de bénéfices secondaires avec une impression que l'intéressée n'avait pas véritablement de motivation, hormis l'acceptation des opérations, pour aller mieux sur le plan physique. La présence d'un bénéfice primaire était donc possible. Il n'y avait pas de retrait social, mais plutôt une autolimitation de nature financière. On notait également une mise en échec des traitements probablement inconsciente, sans que l'on puisse véritablement parler d'échec thérapeutique. Il y avait donc la présence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant avec le diagnostic différentiel de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. L'épisode dépressif n'avait pas d'incidence directe sur la capacité de travail. Cependant, comme il s'accompagnait d'un syndrome douloureux chronique, on pouvait retenir une discrète baisse de rendement non significative vu l'éventuelle majoration des symptômes pour des raisons psychologiques. Comme décrit plus haut, on notait une diminution de la capacité de travail résiduelle en raison des atteintes somatiques – rachis lombaire et genoux. Cependant, il était difficile de chiffrer ce taux de manière précise en raison de la présence de facteurs non médicaux qui aggravaient le syndrome douloureux. Globalement, les experts s'accordaient pour chiffrer la diminution de la capacité de travail résiduelle à 30%. Toutefois, en raison d'une importante image d'invalidé, d'une absence de motivation et de la présence de bénéfices secondaires, une reprise de travail paraissait illusoire. Ceci avait d'ailleurs été démontré par l'évolution depuis 2007 et reflétait également la mise en échec des thérapies.

En consensus, les experts ont estimé qu'au plan physique, l'atteinte lombaire et aux genoux limitait toute activité nécessitant le port de charges ou sollicitant le rachis par des positions en porte-à-faux, à genoux ou accroupi. Les positions assise-debout de plus de dix à quinze minutes étaient également limitées. Au plan psychique et mental, la présence d'un épisode dépressif léger et de douleurs chroniques diminuaient le rendement. Au plan social, aucune limitation n'était à signaler en

dehors des faibles connaissances de la langue française. En raison des atteintes somatiques, l'activité de concierge n'était plus du tout exigible, depuis novembre 2007. Cette incapacité était restée entière depuis lors, en raison de l'atteinte du rachis. En revanche, les troubles psychiques n'empêchaient pas l'assurée de s'adapter à son environnement professionnel.

Sur un plan purement théorique, des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables, mais semblaient vouées à l'échec, non pas en raison de limitations sur le plan médical mais en raison de facteurs psychosociaux – manque de formation, faible connaissance de la langue du pays et manque d'intégration –, d'une perception d'invalidité et d'un manque de motivation. Il n'était pas possible d'améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent. En tenant compte des limitations fonctionnelles évoquées, il était possible d'envisager une activité à un taux de 70%, soit de cinq à six heures par jour. À ce taux, il n'y avait pas de diminution de rendement (30%).

19. Invité par le SMR à fournir des précisions sur la teneur du rapport d'expertise interdisciplinaire du 18 janvier 2011, le Dr F\_\_\_\_\_ a exposé que dans le contexte d'une perception subjective modifiée par le syndrome douloureux somatoforme, l'anamnèse ne fournissait pas d'indications suffisamment nettes pour dater précisément l'aggravation de l'état de santé. Cependant, les experts avaient admis que cette aggravation légère remontait à l'époque à laquelle le matériel d'ostéosynthèse avait été retiré, soit en 2007. Invité à fournir des précisions sur la limitation du port de charges en kilos, le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué qu'un port sporadique bref – moins d'une fois par heure pendant quelques minutes – de charges mi-lourdes jusqu'à 8-10 kg lui semblait exigible. Cependant, lorsque la sollicitation était plus fréquente ou prolongée, une charge de 2 à 4 kg ne devait pas être dépassée. Interrogé sur la relation entre la limitation du rendement de 10 à 15% retenue par le Dresse L\_\_\_\_\_ sur un plan purement psychiatrique et la capacité de travail de 70% retenue en consensus dans une activité adaptée, le Dr F\_\_\_\_\_ a précisé que cette diminution de 10 à 15% était « non significative », raison pour laquelle les experts ne renaient finalement plus de diminution de rendement dans une activité adaptée.
20. Par communication du 11 juillet 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'une observation professionnelle – COPAI – s'imposait et que les conditions d'une telle mesure étaient remplies.
21. Le 31 juillet 2013, le docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué que l'assurée s'était fracturé une vertèbre dorsale il y a environ six semaines et qu'elle portait actuellement un corset rigide de stabilisation. Elle n'était donc pas en état d'effectuer le stage prévu à partir du 9 septembre 2013, la date de celui-ci étant trop précoce par rapport à l'accident subi. Une réévaluation de cette situation, de toute façon très peu favorable pour une reprise de travail, serait faite à la fin de l'automne 2013, avec prise de renseignements auprès du médecin traitant, le docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale.

22. Dans un rapport daté du 4 octobre 2013, le Dr M\_\_\_\_\_ a mentionné qu'en juin 2013, l'assurée avait fait une chute accidentelle entraînant « une fracture ??? » (sic) de la 11<sup>ème</sup> vertèbre thoracique pour laquelle elle avait porté durant trois mois un corset. Par ailleurs, la patiente se disait attristée et épuisée par toute cette situation avec notamment des symptômes de la lignée dépressive. L'examen clinique du rachis montrait des contractures paralombaires et paradorsales très importantes avec une diminution de la lordose ainsi qu'une mobilité extrêmement réduite. L'incapacité de travail médicalement attestée de 20% au moins dans la dernière activité exercée en tant que concierge remontait à novembre 2004, date de la chirurgie de stabilisation depuis laquelle l'assurée présentait des lombalgies chroniques extrêmement invalidantes au point que l'assurée passait le plus clair de son temps en position couchée. En position assise, elle tenait à peu près dix minutes avant devoir faire quelques pas ou devoir se coucher. Compte tenu de ces restrictions, qui ne pouvaient être réduites par des mesures médicales, on ne pouvait s'attendre ni à une reprise de l'activité professionnelle, ni à une amélioration de la capacité de travail. Selon le Dr M\_\_\_\_\_, qui suivait l'assurée depuis le 24 janvier 2013, des activités uniquement en position assise ou uniquement en position debout n'étaient pas envisageables, pas plus que des activités dans différentes positions ou exercées principalement en marchant. L'assurée ne pouvait pas se pencher, elle ne pouvait travailler ni accroupie, ni à genoux, ni effectuer de rotation en position assise ou debout. Elle ne pouvait pas soulever ni porter de charges. Il lui était impossible de monter sur une échelle ou un échafaudage ou encore de monter les escaliers. Sa capacité de concentration et sa résistance étaient limitées et son aptitude à se déplacer inexistante. En revanche, les capacités de compréhension et d'adaptation n'étaient pas limitées.
23. Le 21 mars 2014, l'OAI a contacté l'assurée par téléphone pour l'informer de la mise en place d'une observation professionnelle – COPAI – dès le 19 mai 2014. Selon le rapport d'entretien versé au dossier, l'assurée a accepté la mise en place de la mesure.
24. Par courrier du 26 mars 2014 à l'OAI, le Dr M\_\_\_\_\_ a fait part de sa surprise en apprenant qu'une mesure d'observation professionnelle allait se dérouler prochainement. De son point de vue, la situation sur le plan des douleurs n'était absolument pas réglée. En effet, l'assurée avait été hospitalisée récemment à l'hôpital Beau-Séjour, où un sevrage complet des opiacés avait été réalisé. Ce traitement avait été remplacé par des inhibiteurs des récepteurs NMDA avec un traitement antidépresseur. Malheureusement, elle avait présenté un syndrome sérotoninergique sur ces derniers, ce qui avait fortement limité l'emploi de tous les traitements antalgiques. Par ailleurs, dans ce contexte douloureux chronique, l'assurée présentait actuellement des signes d'état dépressif majeur. Dès lors, dans cette situation psychique et physique extrêmement difficile, ce médecin ne voyait pas du tout l'assurée reprendre une quelconque forme d'activité professionnelle,

sachant qu'elle passait le plus clair de sa journée en position horizontale pour tenter de soulager ses douleurs.

25. Le 8 mai 2014, l'OAI a accusé réception du courrier du 26 mars 2014 du Dr M\_\_\_\_\_ et a sommé l'assurée de se rendre aux EPI le 19 mai 2014 pour l'observation professionnelle.
26. Le 15 mai 2014, le docteur N\_\_\_\_\_, médecin adjoint auprès du service de rhumatologie des HUG a établi un rapport à l'intention du Dr M\_\_\_\_\_, relatant une consultation spécialisée du rachis en date du 5 mai 2014. Après un examen clinique, le Dr N\_\_\_\_\_ a estimé que l'assurée présentait certes une clinique compatible avec un syndrome lombo-vertébral chronique, persistant après deux opérations, ainsi qu'une gonarthrose droite symptomatique, il n'en considérait pas moins que ces deux éléments s'inscrivaient dans un syndrome douloureux diffus, chronique depuis de nombreuses années. Le bilan réalisé avait permis d'exclure un trouble métabolique primaire, même s'il n'était pas impossible qu'un déficit en vitamine D participât aux symptômes, raison pour laquelle ce médecin proposait l'administration d'une dose unique de 300'000 unités de vitamine D par voie orale afin d'obtenir des taux sériques normaux. Pour le reste, le Dr N\_\_\_\_\_ avait expliqué à l'assurée qu'elle ne présentait pas de lésion organique qui fût à l'origine des symptômes qu'elle présentait. Il l'avait donc encouragée à reprendre de manière extrêmement progressive un fonctionnement quotidien un peu plus soutenu en diminuant lentement le temps de repos, actuellement très important. Outre un ajustement du traitement pharmacologique, le Dr N\_\_\_\_\_ proposait la mise en place d'un coaching cognitivo-comportemental pour l'encourager à se mobiliser progressivement et, dans un deuxième temps, en cas de reprise d'activités quotidiennes, un traitement plus spécifique sur la musculature dorsolombaire.
27. Dans un rapport daté du 21 mai 2014, le Dr O\_\_\_\_\_ a indiqué que le stage COPAI prévu à partir du 19 mai 2014 avait dû être interrompu, l'assurée présentant, une fois de plus, une exacerbation de ses douleurs et un blocage clinique incompatible avec une observation professionnelle. La situation était à l'évidence incompatible avec une reprise d'activité professionnelle quelle qu'elle fût. De plus, après des années d'interruption de travail dans un contexte dorsolombaire très fragile, fonctionnel et post-traumatique, il paraissait complètement inutile de vouloir obtenir une évaluation professionnelle concrète, de toute façon vouée à l'échec. Une prise en charge par l'assurance-invalidité devait donc se discuter sur dossier, avec ou sans expertise complémentaire, avec prise de renseignements complémentaires auprès du Dr M\_\_\_\_\_, médecin traitant, étant précisé que celui-ci délivrerait le certificat d'arrêt de travail pour le COPAI.
28. Le 5 septembre 2014, la doctoresse P\_\_\_\_\_, médecin SMR, a estimé que les différentes pièces médicales versées au dossier, notamment les rapports des Dr M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_, confirmaient le fait que les plaintes de l'assurée étaient en lien avec les diagnostics associés – non du ressort de l'AI – retenus dans le rapport

---

SMR du 28 avril 2008. Il n'existait pas d'élément clinique montrant une aggravation durable de l'état de santé de l'assurée depuis ce rapport.

29. Par projet de décision du 23 janvier 2015, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité de l'assurée. Calculé selon la méthode mixte – activité lucrative à 50%, le solde étant dévolu aux travaux habituels –, le taux d'invalidité global s'élevait à 29% et ne donnait par conséquent pas droit à une rente d'invalidité.
30. Par courrier du 17 février 2015 à l'OAI, le Dr M\_\_\_\_\_ a estimé qu'une nouvelle expertise permettrait de mieux se rendre compte aujourd'hui du handicap physique et psychique de l'assurée, la dernière datant de 2010. L'assurée présentait des douleurs lombaires de longue date extrêmement invalidantes et résistantes au traitement médicamenteux. De multiples morphiniques avaient été administrés puis retirés en l'absence d'effets. De nombreux traitements antidépresseurs à visée antalgique et psychique avaient également été introduits, mais ces derniers avaient dû être stoppés au vu des effets secondaires importants. Elle avait par ailleurs été hospitalisée pendant près de deux semaines pour essayer de traiter ses douleurs et avait été vue à la consultation spécialisée du rachis aux HUG sans qu'aucun traitement n'ait pu franchement améliorer la situation clinique.
31. Le 26 février 2015, l'assurée, représentée par son conseil, a fait part de son désaccord complet avec le projet de décision du 23 janvier 2015.
32. Par avis du 30 mars 2015, le SMR a considéré que le rapport médical du Dr M\_\_\_\_\_, du 17 février 2015, n'apportait pas d'éléments cliniques montrant une aggravation durable de l'état de santé de l'assurée. En effet, les évaluations effectuées récemment par la consultation spécialisée du rachis, la consultation intra-hospitalière de la douleur, de même qu'une évaluation psychiatrique remontant à moins d'une année ne démontraient aucun changement de l'état de santé depuis 2007. Ainsi, il n'était pas nécessaire d'effectuer une nouvelle expertise. En effet, tous les médecins consultés mettaient en avant le syndrome douloureux chronique et aucun des critères de gravité jurisprudentiels n'était retrouvé. En effet, l'assurée n'avait pas de pathologie psychiatrique invalidante et ne présentait pas d'état psychique cristallisé puisque le trouble de l'adaptation n'était pas une pathologie reconnue par la loi. Il n'y avait pas d'échec des différents traitements puisque les traitements proposés par la consultation de la douleur étaient efficaces dans un milieu hospitalier où l'assurée était contrainte à une certaine compliance. En définitive, le Dr M\_\_\_\_\_ faisait une évaluation différente d'un même état de fait, raison pour laquelle il n'y avait pas lieu de modifier les conclusions prises le 5 septembre 2014.
33. Par décision du 14 avril 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision du 23 janvier 2015. Après examen des données communiquées par le SMR, il estimait que l'assurée pouvait exercer toute activité lucrative à un taux de 70% sur le marché équilibré du travail, sans formation complémentaire. Il n'y avait donc pas

de lien de causalité entre l'échec des mesures de réadaptation mise en œuvre depuis 2009 et l'invalidité.

34. Par acte du 20 mai 2015, l'assurée a saisi la chambre de céans d'un recours à l'encontre de la décision du 14 avril 2015, concluant, sous suite de dépens, à son annulation et à ce que son droit à une rente entière d'invalidité soit reconnu dès le 15 novembre 2004. Elle contestait la méthode d'évaluation retenue pour évaluer son invalidité, alléguant avoir travaillé à 100% avant son incapacité de travail. Dans la mesure où elle était en train de recueillir des éléments de preuve, à la fois sur son activité antérieure et sur son état de santé, elle demandait qu'un délai lui fût octroyé pour compléter son recours.
35. Faisant suite à la demande de la chambre de céans de produire le récépissé postal attestant de la date de réception de la décision par la recourante, l'OAI a indiqué le 2 juin 2015 que la décision du 14 avril 2015 avait été envoyée par pli simple et qu'il n'y avait par conséquent pas de récépissé postal.
36. Après deux prolongations de délai qui lui avaient été accordées à cet effet, la recourante a complété son recours le 26 juin 2015, concluant préalablement à l'ouverture d'enquêtes aux fins d'entendre ses médecins traitants, les médecins signataires des expertises COMAI ainsi que son ancien employeur, et à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée.

Parallèlement à son activité en qualité de concierge à 50% auprès du B\_\_\_\_\_ SA entre 1995 et 2005, elle avait aussi travaillé comme employée de maison auprès d'un particulier, à Champel, à raison de quatre heures par jour pour un salaire mensuel d'environ CHF 1'800.-. Sans sa maladie, elle aurait continué à travailler à temps plein, notamment par nécessité financière, vu le salaire de son mari et la présence de ses deux enfants alors à charge. C'est donc à tort que l'intimé avait évalué le degré d'invalidité selon la méthode mixte en lieu et place de la méthode ordinaire. Par ailleurs, même si l'on parlait – à tort – de l'idée, comme l'intimé, que la recourante exerçait une activité à 50%, force était de constater que les limitations fonctionnelles, qui avaient amené les médecins de la seconde expertise du COMAI à retenir une capacité de travail de seulement 70%, n'avaient pas du tout été prises en compte par l'intimé dans la détermination du revenu d'invalidité pour une activité exercée à 50%. Aussi était-il justifié d'en tenir compte en majorant l'abattement supplémentaire à 25% en lieu et place des 10% retenus, ce à plus forte raison que la première expertise du COMAI avait admis une diminution de rendement de 30% dans une activité adaptée. De plus, l'intimé avait appliqué la statistique TA1 pour un homme et non pour une femme. Enfin, l'enquête ménagère n'était plus d'actualité dans la mesure où la recourante ne pouvait plus compter sur l'aide importante fournie par sa fille cadette. Celle-ci ne faisait plus ménage commun avec ses parents. En conséquence, l'empêchement dans les postes entretien du logement, courses et lessive devait être porté à 100%. En effet, le mari travaillait et sa disponibilité était déjà fortement mise à contribution pour tout ce qui concernait le poste alimentation.

37. Par réponse du 20 juillet 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours. Les deux expertises pluridisciplinaires remplissaient tous les réquisits pour se voir reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convenait de relever que la quantification finale des limitations avait été décidée lors d'une conférence de consensus entre experts à la fois pour la première et la seconde expertise. En outre, le simple écoulement du temps jusqu'au prononcé de la décision ne suffisait pas à remettre en cause la valeur probante d'un avis médical jugé convaincant. Par ailleurs, la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de troubles somatoformes douloureux n'était pas applicable au cas d'espèce, les règles applicables étant celles en vigueur au moment où les faits déterminants se sont produits.

S'agissant du calcul du degré d'invalidité, c'est à juste titre qu'un statut mixte avait été retenu. En effet, lorsqu'un travail accessoire était accompli sans fiches de salaire et sans cotisations sociales, on ne devait prendre en compte cette activité que dans la mesure où l'assuré(e) concerné(e) arrivait à en établir l'existence au degré de la vraisemblance prépondérante, ce qui n'était pas le cas en l'espèce.

S'il est vrai que dans la décision attaquée, un salaire pour un « homme » était mentionné, il s'agissait là d'une erreur matérielle puisqu'il ressortait clairement de la comparaison des revenus effectuée le 15 janvier 2015 que c'était bien le montant du salaire pour une femme qui avait été pris en compte. S'agissant enfin de l'enquête ménagère, il n'était pas disproportionné d'exiger du mari qu'il assume également les tâches autrefois assumées par la fille du couple.

38. Le 31 août 2015, la recourante a répliqué en faisant valoir que même s'il était indiqué « dans l'expertise » qu'il y avait eu un consilium entre experts, il apparaissait à sa lecture qu'il n'y avait aucune prise en compte globale de la situation et aucun examen d'ensemble de la situation. Ainsi, si un consilium avait eu lieu, aucun élément ne permettait de dire à quoi il avait servi. En ce qui concerne la problématique du trouble somatoforme douloureux, le dossier ne contenait pas suffisamment d'éléments médicaux pour permettre de se prononcer valablement sur les indicateurs pertinents prévus par la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral.

39. Le 3 septembre 2015, une copie de ce courrier a été transmise à l'intimé pour information.

40. Par communication du 12 octobre 2015, la chambre de céans a informé les parties que la cause était 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<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).

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

2. 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. a. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). D'après l'art. 62 LPA, le délai de recours court dès le lendemain de la notification de la décision (al. 3).

b. Le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique. En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 121 V 5 consid. 3b). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 129 I 8 consid. 2.2; ATF 124 V 400 consid. 2a et les références).

c. En l'espèce, la décision du 14 avril 2015 a été envoyée par pli simple au mandataire de la recourante. Celle-ci allègue avoir reçu ladite décision le 20 avril 2015. En l'absence de récépissé postal prouvant le contraire, il convient de se fonder sur les déclarations de la recourante.

Partant, il y a lieu d'admettre que la notification de la décision litigieuse a eu lieu le 20 avril 2015 et que le recours, formé le 20 mai 2015, a été introduit le trentième jour du délai de recours, soit en temps utile.

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 1er janvier 2008). 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. 28 al. 2 LAI).

6. 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). 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).

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 chargés 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).

Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4) et de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_10/2015 du 5 septembre 2015 destiné à la publication consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

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 asséculoologique 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).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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).

b/aa. 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).

b/bb. 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. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 648/03 du 18 septembre 2004 consid. 5.1.3 et 5.1.4).

b/cc. 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).

c. 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 LPG) 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\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

d. 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).

e. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte

---

psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

11. 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).
12. 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). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment 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).

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 judiciaire 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 (ATF 141 V

---

281 consid. 8). Si tel n'est pas le cas, un renvoi à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision est possible (pour un cas d'application : cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_219/2015 du 12 octobre 2015 consid. 5.3).

13. En l'espèce, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) a été posé par le Dr H\_\_\_\_\_ dans le cadre de l'évaluation psychiatrique du 6 août 2007. L'hypothèse d'une fibromyalgie a également été émise par la Dresse G\_\_\_\_\_. Hormis la mention « syndrome douloureux somatoforme persistant, versus syndrome de fibromyalgie », figurant au chapitre des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, cette dernière affection n'est nulle part discutée par la Dresse G\_\_\_\_\_, celle-ci se bornant à relever la présence de « points de fibromyalgie tous positifs » (pièce 29 intimé, p. 11). Pour le surplus, les premiers experts ont considéré que les diagnostics de failed back surgery syndrom et de trouble d'anxiété généralisé à début indéterminé avaient une répercussion sur la capacité de travail, contrairement aux diagnostics de personnalité anxieuse depuis l'adolescence, d'hypertension artérielle traitée, de dyslipidémie et d'hépatolyse discrète. Quant au syndrome douloureux somatoforme persistant, le Dr H\_\_\_\_\_ en réfute le caractère invalidant en tirant notamment argument d'une absence de compliance au paracétamol (Dafalgan) et de traitements antalgiques qui n'auraient pas été prescrits suffisamment longtemps pour permettre d'évaluer leur efficacité, de sorte qu'on ne saurait parler de cristallisation de l'état en raison d'un échec du traitement ou d'une absence de réponse à celui-ci (pièce 29 intimé, p. 21). À cet égard, il importe de souligner que quelques pages plus haut, le même rapport d'expertise mentionne que « lors du premier rendez-vous à mi-juillet, nous avons attiré l'attention de [la recourante] concernant les troubles des fonctions hépatiques probablement en relation avec la prise importante de paracétamol. Nous lui avons conseillé de réduire la posologie » (pièce 29 intimé, p. 14).

Le 6 octobre 2010, le SMR considère qu'afin de savoir ce qui limite la recourante dans l'exercice d'une activité adaptée, tenant compte non seulement de l'état après chirurgie du rachis, mais aussi de la fibromyalgie en cours, ainsi que de la dépression, dont il reste à déterminer l'impact durable sur la capacité de travail après traitement suffisant, il est nécessaire de répéter l'expertise rhumatopsychiatrique au même COMAI.

S'agissant de cette seconde expertise, on relève en premier lieu qu'une convocation à un examen médical prévu le 22 novembre 2010, à effectuer par la Doctoresse Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, ne s'est apparemment pas concrétisée puisque le rapport d'expertise interdisciplinaire du 28 janvier 2011 ne comporte aucune mention ni signature de ce médecin et qu'il se fonde sur les évaluations psychiatrique et de médecine physique du 3 décembre 2010. Ladite expertise, qui avait notamment pour objet de relever les points de fibromyalgie, n'a pas été menée par un rhumatologue mais par un spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, le Dr K\_\_\_\_\_, lequel a considéré que les points de fibromyalgie étaient de « 6 sur 18 » et les « signes de non-organicité de Waddell tous présents »

---

(pièce 63 intimé, p. 7). S'agissant de l'évaluation psychiatrique menée par la Dresse L\_\_\_\_\_, elle ne retient, à l'exception du trouble somatoforme douloureux, aucun des diagnostics posés par le Dr H\_\_\_\_\_ dans la première évaluation psychiatrique puisqu'il est fait état de troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21) versus épisode dépressif léger (F32.0) sans que cette praticienne n'explique ses divergences d'appréciation avec l'expert-psychiatre l'ayant précédé. Ainsi, le trouble d'anxiété généralisé avec répercussion sur la capacité de travail, ainsi que la personnalité anxieuse depuis l'adolescence ont purement et simplement « disparu ». Une explication à ce niveau ne ressort pas davantage d'une modification de l'état de santé puisqu'une aggravation par rapport à 2007 n'est admise que d'un point de vue somatique, « surtout au niveau des genoux » (pièce 63 intimé, p. 15). Par ailleurs, la Dresse L\_\_\_\_\_ ne paraît pas au clair sur la présence même d'un syndrome douloureux somatoforme persistant puisqu'il convient, selon elle, d'évoquer « le diagnostic différentiel de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques » (pièce 63 intimé, p. 5), soit une affection pour laquelle la jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux ne s'applique pas par analogie (cf. Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], ch. 1017.4 a contrario). Enfin, nonobstant l'aggravation de l'état de santé depuis 2007 constatée dans la seconde expertise, la diminution de rendement de 30% attestée par les premiers experts, attribuée à « l'anxiété générale » (pièce 29 intimé, p. 15), n'est pas admise par leurs successeurs dans le cadre d'une activité exigible exercée à 70%. Il est certes fait état d'une diminution de rendement de l'ordre de 10 à 15%, cette fois en raison d'un épisode dépressif et de douleurs chroniques, mais la recourante n'en bénéficie pas en raison d'une « éventuelle » (sic) majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (pièce 63 intimé, p. 11 et 21). Là encore, les derniers experts en date n'expliquent pas les raisons les ayant conduits à s'écarter de l'appréciation de leurs prédécesseurs. Enfin, l'affirmation d'une « mise en échec des traitements probablement inconsciente, sans que l'on puisse véritablement parler d'échec thérapeutique » (pièce 63 intimé, p. 10) est pour le moins inconsistante et mal étayée.

Dans ses observations du 20 juillet 2015, l'intimé soutient que tous les médecins consultés mettent en avant le syndrome douloureux chronique et qu'aucun des critères de gravité jurisprudentiels n'est retrouvé.

Or, par arrêt du 3 juin 2015, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence. Il y a dorénavant lieu d'examiner si les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé constatée médicalement sont prouvées de manière définitive et sans contradiction avec une vraisemblance – au moins – prépondérante au moyen des indicateurs standard. Force est de constater que ni la première ni la seconde expertise pluridisciplinaire du COMAI ne permettent de répondre à ces questions.

14. Dans son écriture du 20 juillet 2015, l'intimé a indiqué qu'il n'entendait pas appliquer la nouvelle jurisprudence fédérale à la présente cause, au motif qu'« en

matière d'assurances sociales, les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1). Un changement de jurisprudence n'est un motif ni de révision, ni de reconsidération et ne déploie, en règle ordinaire, des effets que pour l'avenir (ATF 119 V 413 consid. 3a et les références) ».

Il est évident qu'une nouvelle jurisprudence ne constitue ni un motif de révision ni un motif de reconsidération.

Il va également de soi qu'un changement de jurisprudence ne vaut que pour les cas futurs. Il importe en revanche de souligner qu'il s'applique pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment du changement de jurisprudence (ATF 108 V 3). Il n'est alors question ni de révision ni de reconsidération.

S'agissant du raisonnement tenu par l'intimé, selon lequel la décision contre laquelle l'assuré a interjeté recours le 20 mai 2015, est entrée en force, il y a lieu de relever que ladite décision n'est précisément pas entrée en force, puisqu'elle fait l'objet du présent litige. C'est donc en vain que l'intimé cite expressément un arrêt du Tribunal fédéral à l'appui de son refus de se déterminer quant à la nouvelle jurisprudence (119 V 410). En effet, dans cet arrêt, le Tribunal fédéral se demande en réalité si le fait qu'une décision soit entrée en force s'oppose à une application de la nouvelle jurisprudence.

La décision du 14 avril 2015 n'étant en l'espèce pas entrée en force, la modification de jurisprudence à laquelle a procédé le Tribunal fédéral dans son arrêt du 3 juin 2015 ne peut être que prise en considération pour résoudre le présent litige.

15. Au regard du grand nombre de divergences inexplicables entre les deux rapports d'expertise du COMAI et des hésitations de l'experte psychiatre L\_\_\_\_\_ dans les diagnostics psychiatriques posés, l'état de fait n'est pas suffisamment élucidé pour pouvoir se prononcer sur l'état de santé de la recourante et les répercussions de celui-ci sur la capacité de travail exigible. Il manque en particulier un rapport d'expertise rhumato-psychiatrique motivant de manière convaincante le degré d'incapacité de travail de la recourante et qui prenne position de façon concluante sur les deux rapports d'expertise du COMAI rendus en 2008, respectivement 2011, notamment sur les appréciations divergentes de ceux-ci en termes d'incapacité de travail et de diminution de rendement.

Quant aux autres rapports médicaux versés au dossier, ils ne permettent pas de porter un jugement valable sur le droit litigieux, faute d'envisager les problèmes de santé de la recourante dans leur globalité, c'est-à-dire d'un point de vue psychique et somatique. De plus, ils ne satisfont pas davantage aux critères jurisprudentiels récents en matière de troubles somatoformes douloureux.

16. La chambre de céans constate, à la lumière de cette nouvelle jurisprudence, que la présente cause est insuffisamment instruite pour lui permettre de trancher.

Il se justifie en conséquence d'admettre le recours, d'annuler la décision du 14 avril 2015 et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants qui précèdent. Cela fait, et avant qu'une nouvelle décision ne soit rendue, il incombera également à l'intimé d'élucider la question du taux d'activité de la recourante avant la survenance de son incapacité de travail et, en cas de confirmation du statut mixte, de procéder à une nouvelle enquête ménagère, celle-ci étant motivée notamment par les changements intervenus dans la composition du ménage depuis la dernière enquête du 6 août 2008.

La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- 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<sup>er</sup> 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 500.-.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 14 avril 2015 et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le