

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2151/2016

ATAS/157/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 février 2017

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), ressortissante portugaise née le _____ 1956, mariée, sans formation professionnelle certifiée, est arrivée à Genève en 1982. Elle y a exercé diverses activités lucratives, notamment dès 2001 en qualité de dame de compagnie puis dès 2003, comme opératrice sur machines et enfin dès 2007-2008, comme employée de conditionnement auprès de PRO, entreprise sociale. Elle aurait cessé de travailler en 2008.
2. Le 18 septembre 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), en y invoquant des troubles du sommeil, des douleurs lombaires et cervicales, un asthme et une dépression, dont elle souffrait depuis dix ans.
3. Le 11 novembre 2013, la Dresse B_____, médecin généraliste de l'assurée, a transmis à l'OAI un rapport, aux termes duquel elle a retenu les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de fibromyalgie, de dorso-lombalgies, d'asthme, de syndrome dépressif chronique, de diabète insulino-dépendant et de reflux gastro-oesophagien. Elle a considéré que l'assurée était totalement incapable de travailler depuis 2009, et a suggéré la mise en œuvre d'une expertise.

Elle a notamment joint un rapport du 11 avril 2013 du Dr C_____, rhumatologue, confirmant une probable fibromyalgie, des douleurs, une mobilité légèrement limitée du rachis et complète des articulations périphériques.
4. Sur question, l'assurée a indiqué à l'OAI le 19 novembre 2013 qu'en bonne santé, elle aurait souhaité continuer à travailler à 100% dans le secteur de l'industrie.
5. Par rapport du 2 juillet 2014, les médecins du Centre multidisciplinaire de traitement de la douleur des HUG, les Drs D_____, E_____ et F_____, ont relaté en substance que l'assurée présentait des scores d'anxiété et de dépression sur une échelle HAD (*Hospital Anxiety and Depression scale*) témoignant d'un état anxio-dépressif léger à modéré, que tous les points de fibromyalgie étaient douloureux, mais que sa force était conservée.
6. L'assurée a été hospitalisée une première fois à la Clinique genevoise de Montana du 17 septembre au 7 octobre 2014. À l'issue dudit séjour, les Drs G_____ et H_____, spécialistes en médecine interne, ont notamment fait état d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré à sévère. L'assurée, qui déplorait des insomnies, des souffrances non reconnues, des idées de mort obsédantes et une peur de perdre ses proches, a bénéficié auprès de cet établissement de physiothérapie et de traitements visant à la détente.
7. Dans un rapport transmis à l'OAI le 6 octobre 2014, la Dresse I_____, psychiatre de l'assurée, a retenu les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans syndrome psychotique, de fibromyalgie et de diabète de type 2. Elle a confirmé que depuis plusieurs années et notamment depuis le début de son suivi en octobre 2013, l'assurée avait présenté

des périodes de dépression sévère, des idées de mort et de douleurs somatisées. D'apparence négligée, elle était triste, fatiguée, anxieuse, limitait beaucoup ses sorties et menaçait parfois de se suicider. Sa capacité de travail paraissait « très diminuée » à moyen terme.

8. Le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a procédé à un examen rhumatologique et psychiatrique de l'assurée le 15 juin 2015.

Les Drs J_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail d'uncarthrose étagée modérée à sévère et d'arthrose modérée à sévère des articulations postérieures lombaires. Ils ont également retenu une fibromyalgie, une dysthymie, un épisode dépressif en rémission et une agoraphobie légère. Sous l'angle rhumatologique, l'assurée limitait les amplitudes articulaires de sa colonne cervicale, de ses épaules et de ses hanches, tandis que la mobilité des autres articulations périphériques était normale. Sous l'angle psychiatrique, les critères en faveur du trouble dépressif sévère évoqué par la Dresse I_____ n'étaient pas réunis, et ils ne ressortaient pas des constatations cliniques de cette psychiatre. Il n'y avait ni comorbidité psychiatrique manifeste de la fibromyalgie, ni perte d'intégration sociale, ni état psychique cristallisé, de sorte que la capacité de travail était entière dans toute activité respectant certaines limitations d'épargne cervicale et lombaire.

9. Suite à la reddition d'une nouvelle jurisprudence fédérale relative aux affections psychosomatiques sans étiologie claire, le SMR a réalisé un examen complémentaire le 15 décembre 2015.

Sur le plan rhumatologique, l'examen du Dr J_____ ne témoignait d'aucune aggravation significative par rapport à celui de juin 2015 : grimaçante et gémissante, l'assurée limitait ses amplitudes articulaires, mais sa gestuelle spontanée était libre. Les quelques anomalies dégénératives du rachis constatées sur les radiographies ne permettaient pas d'expliquer l'intensité des douleurs dont elle se plaignait et pour lesquelles elle ne prenait pas d'antalgiques. Plusieurs constatations cliniques ne s'expliquaient pas par une atteinte somatique, notamment une boiterie par intermittence et des amplitudes articulaires limitées par des contre-pulsions, exercées avec une force conservée. Des signes de Wadell évoquaient également une amplification des symptômes.

Sur le plan psychiatrique, la Dresse K_____ a fait état de constatations similaires à celles de juin 2015 : l'assurée manifestait un comportement très démonstratif et incohérent. Elle parvenait à assumer ses tâches quotidiennes, à maintenir des contacts réguliers avec une cousine et d'autres membres de sa famille, à aller chercher son petit-fils à l'école, à faire ses courses au supermarché, et à partir en vacances au Portugal une à deux fois par an, dernièrement pendant un mois en septembre 2015. Depuis qu'elle avait cessé de travailler en 2008, ses ressources d'adaptations s'étaient effondrées, mais elle bénéficiait d'un soutien familial

important et était suivie par un psychiatre. Les examinateurs ont confirmé une capacité de travail nulle depuis 2011 dans toute activité physiquement astreignante, mais entière depuis toujours dans toute activité adaptée permettant l'alternance des positions, sans marches prolongées, mouvements répétitifs, positions en porte-à-faux, flexions, rotations du rachis ou port de charges supérieures à 10 kg au-dessus des épaules. La perspective d'une reprise d'activité paraissait toutefois illusoire, vu sa démotivation et le fait qu'elle était sans emploi depuis de nombreuses années.

10. Le 11 mars 2016, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision, à teneur duquel il entendait lui refuser toute prestation.
11. Par courrier du 21 mars 2016, complété les 11 et 25 avril 2016, l'assurée s'y est opposée, en arguant que ses graves problèmes de santé, notamment ses malaises, ne lui permettaient pas d'exercer « n'importe quel emploi ». À l'appui de ses dires, elle a joint :
 - un rapport établi le 11 avril 2016 par la Dresse I_____, relatant la persistance de symptômes dépressifs et de douleurs. L'assurée n'a plus de loisirs ni de contacts avec ses voisins et sa cousine. Son traitement psychiatrique ne permet pas d'obtenir un résultat satisfaisant ;
 - un rapport du 25 avril 2016 de la Dresse B_____ signalant que l'assuré a subi une aggravation de son diabète ayant nécessité une hospitalisation.
12. Par avis du 14 juin 2016, le SMR a maintenu que l'assurée était pleinement capable de travailler. En effet, les rapports dont elle se prévalait ne témoignaient d'aucune aggravation, car la psychiatre I_____ faisait état d'une « évolution stagnante », tandis que le déséquilibre du diabète évoqué par la Dresse B_____ pouvait être compensé par une adaptation du traitement d'insuline.
13. Par décision formelle du 17 juin 2016, l'OAI a dénié à l'assurée toute prestation. Faisant siennes les conclusions de l'examen bidisciplinaire du SMR, il a retenu une capacité de travail nulle depuis 2011 dans les activités précédemment exercées d'opératrice en usinage et dame de compagnie, mais entière depuis toujours dans toute activité adaptée. Le degré d'invalidité, estimé à 15%, était insuffisant pour ouvrir droit à une rente ou à des mesures de reclassement. Des mesures d'orientation professionnelle ou d'aide au placement ne se justifiaient pas davantage, car un nombre significatif d'activités étaient compatibles avec les limitations de l'assurée, lesquelles ne l'entravaient pas dans la recherche d'un emploi.
14. Le 24 juin 2016, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 17 juin 2016, en soutenant que ses nombreuses atteintes et sa fatigue permanente l'empêchaient complètement de travailler et l'entravaient dans ses tâches ménagères, étant donné qu'elle restait parfois alitée toute la journée.
15. Invité par la chambre de céans à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 25 juillet 2016, a conclu au rejet du recours : c'était à juste titre qu'il s'était fondé

sur l'examen rhumatologique et psychiatrique du SMR, lequel était probant et tenait compte de la jurisprudence récente en matière d'atteintes sans étiologie claire. Par ailleurs, la recourante ne se prévalait d'aucun élément susceptible d'avoir été ignoré par les examinateurs.

16. La recourante a répliqué le 26 août 2016, répétant que son état de santé l'empêchait de travailler et d'accomplir ses tâches ménagères, et invitant la chambre de céans à prendre contact avec ses médecins. Elle a joint à ses écritures :
 - un bilan d'échographie de l'abdomen établi le 12 avril 2016 par le Dr L_____, radiologue, concluant à l'existence d'une hépatomégalie avec stéatose ;
 - le compte-rendu d'une radiographie du dos pratiquée le 27 juin 2016 par le Dr L_____ : « scoliose dorsale à convexité droite avec accentuation modérée de la cyphose physiologique ; herniation intra-spongieuse au niveau du plateau inférieur de D6 (...) ; attitude scoliotique de la colonne lombaire à convexité gauche ; discopathie L3-L4 et discrètement L5-S1 ; calcification discale antérieure de D12-L1 ; ostéophytose antérieure étagée ; cunéisation de L4-L5 avec herniation intraspongieuse ; arthrose interapophysaire postérieure (...) » ;
 - un rapport de la Clinique genevoise de Montana du 8 juin 2016, dont il ressort que l'assurée y a séjourné derechef du 20 avril au 11 mai 2016 pour un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère. L'assurée présentait une péjoration de la thymie, une anxiété liée à des problèmes familiaux, une « réactivation » de ses polyalgies chroniques, une asthénie, des difficultés pour s'alimenter et des pensées de mort passive. Elle a bénéficié d'un soutien psychologique ciblé sur l'anxiété et la confiance en soi, ainsi que des séances de physiothérapie ;
 - un rapport du 30 août 2016 du Dr M_____, médecin au Département de médecine de premier recours des HUG, confirmant lui aussi des douleurs chroniques en péjoration ;
 - un rapport du 31 août 2016 de la Dresse I_____, confirmant également une recrudescence de dépression et une perte totale d'espoir, au point que l'assurée se néglige, reste alitée toute la journée et ne s'implique plus dans sa famille.
17. Dans sa duplique du 20 septembre 2016, l'intimé a persisté dans ses conclusions en rejet du recours, en se prévalant d'un nouvel avis du SMR : les pièces produites par l'assurée ne modifiaient pas ses conclusions, car le rapport de la Dresse I_____ d'août 2016 ne mettait pas en exergue d'élément objectif plaidant pour une aggravation. L'hépatomégalie et le diabète – traité – étaient sans effets sur la capacité de travail. Enfin, le séjour à la Clinique genevoise de Montana avait permis une amélioration des symptômes anxio-dépressifs et des douleurs.
18. La recourante a transmis à la chambre de céans un rapport du 27 septembre 2016 du Dr N_____, chef de clinique des HUG, signalant une décompensation du diabète et une dyspnée.

19. Le 28 octobre 2016, le SMR a rétorqué que le diabète n'était pas incapacitant ; seules ses complications pouvaient l'être, mais à ce stade, il ne contraignait l'assurée qu'à effectuer des contrôles glycémiques plusieurs fois par jour, à prendre des collations et à manger à heures fixes. Se ralliant à ces considérations, l'intimé a persisté derechef dans ses conclusions.
20. Le 21 novembre 2016, la recourante a transmis à la chambre de céans un rapport des HUG, dont il ressort qu'elle y a à nouveau été hospitalisée cinq jours pour son diabète en octobre 2016.
21. Cette pièce transmise à l'intimé, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, les faits juridiquement déterminants remontent à 2008, de sorte que le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des dispositions de la LAI consécutives à la 5^{ème} révision de cette loi, puis dès le 1^{er} janvier 2012, en fonction des modifications consécutives à la révision 6a de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

3. Le délai de recours est de 30 jours. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité.

-
5. L'assuré a droit à une rente d'invalidité lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 – 5^{ème} révision AI). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.
 6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

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 LPGGA. 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).

7. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux s'appliquent à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).
8. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment,

ceux-ci n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3).

Toutefois, 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. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

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 assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

9. Si, dans sa nouvelle jurisprudence, le Tribunal fédéral a abandonné la présomption du caractère surmontable du syndrome douloureux somatoforme, il a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse,

d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque les plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; ATF 131 V 49 consid. 1.2 et les références).

10. 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).

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).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

11. 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). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, 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 juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014, op. cit. consid. 8).

Lorsqu'une expertise ne permet pas une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants développés par la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux et d'autres syndromes somatiques dont

l'étiologie est incertaine, un renvoi à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision est possible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_219/2015 du 12 octobre 2015 consid. 5.4).

12. En l'espèce, il convient d'examiner la capacité de travail de la recourante et, pour ce faire, de se pencher sur la valeur probante des rapports versés au dossier.

Se fondant sur le rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique du SMR de décembre 2015, l'intimé retient une capacité de travail nulle dès 2011 dans les activités précédemment exercées d'opératrice et de dame de compagnie mais entière dans toute activité adaptée permettant l'alternance des positions, sans marches prolongées, mouvements répétitifs, flexions, rotations du rachis ou port de charges supérieures à 10 kg au-dessus des épaules. De son côté, la recourante s'estime totalement incapable de travailler et se prévaut des rapports de ses médecins, émanant en particulier des Dresses B_____, I_____, et de la Clinique genevoise de Montana.

13. À titre liminaire, dans la mesure où l'examen bi-disciplinaire du SMR retient un diagnostic de fibromyalgie dont il exclut toute répercussion sur la capacité de travail, il paraît opportun de préciser que la nouvelle jurisprudence fédérale relative au trouble somatoforme douloureux et aux affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281) s'applique au cas d'espèce. En effet, une nouvelle jurisprudence s'applique immédiatement aux affaires pendantes devant un tribunal au moment de son adoption (ATF 140 V 154 consid. 6). A fortiori, la même règle s'applique lorsqu'une nouvelle jurisprudence intervient, comme ici, avant le prononcé d'une décision administrative. C'est d'ailleurs apparemment en raison du nouvel arrêt publié aux ATF 141 V 281 que le SMR a jugé nécessaire de réaliser un second examen de l'assurée le 15 décembre 2015.

14. a. Bien qu'il semble avoir été diligenté à cette fin, cet examen ne permet pas à la chambre de céans d'apprécier la capacité de travail conformément aux exigences prescrites par la nouvelle jurisprudence, que ce soit sous l'angle du diagnostic ou des indicateurs déterminants, ceci notamment pour les motifs suivants.

En premier lieu, les examinateurs du SMR ne se déterminent pas sur le degré de gravité inhérent au diagnostic de fibromyalgie (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 4.3.1.1). S'ils semblent pencher en faveur de signes d'exagération, ils ne se prononcent pas de manière claire et complète sur le sujet, notamment en indiquant si les plaintes les ont laissés insensibles, si des divergences concrètes entre les informations fournies en entretien par l'assurée et l'anamnèse peuvent être mises en évidence, le cas échéant lesquelles, et s'ils concluent à une absence de demande de soins, étant précisé que l'assurée ne prenait certes pas d'antalgiques au moment de l'examen mais qu'elle était sous antidépresseurs et avait consulté deux psychiatres pour des douleurs généralisées et un trouble dépressif récurrent, d'abord de 2004 à 2006 puis dès octobre 2013. Du reste, on remarque qu'en dépit du comportement démonstratif relevé pendant l'examen, ni l'intimé ni le SMR n'allèguent que des

motifs jurisprudentiels d'exclusion (consid. 2.2 de l'arrêt cité) justifieraient d'écarter d'emblée toute atteinte à la santé assurée.

En second lieu, les examinateurs du SMR ne discutent ni de la structure de la personnalité de l'assurée, ni des fonctions complexes du Moi, ni des interactions entre la fibromyalgie et les troubles concomitants qu'ils diagnostiquent, à savoir des troubles dégénératifs lombaires modérés à sévères et une dysthymie (consid. 4.3.1.3 et 4.3.2 de l'arrêt cité). S'agissant plus particulièrement de la dysthymie, ils omettent également de se déterminer sur le rapport de la clinique genevoise de Montana de décembre 2014, dont il ressort sous l'angle psychiatrique un diagnostic différent du leur, soit celui d'état dépressif récurrent, épisode actuel modéré à sévère.

Enfin et bien qu'il ne soit pas totalement exempt de renseignement sur ce point, le rapport d'examen bi-disciplinaire ne contient pas une évaluation complète des ressources personnelles de l'assurée au regard d'éventuelles limitations des niveaux d'activité dans les domaines comparables de la vie, dont on rappellera qu'elle devrait comprendre dans la mesure du possible une comparaison du niveau d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1 de l'arrêt cité).

b. S'agissant du premier rapport d'examen bi-disciplinaire de juin 2015, dans lequel le SMR avait nié le caractère incapacitant de la fibromyalgie sur la base des anciens critères jurisprudentiels de Foerster, il souffre des mêmes carences que le rapport subséquent de décembre 2015 (cf. *supra* consid. 14 a). Aucun rapport du SMR ne permet donc d'apprécier la capacité de travail de l'assurée conformément aux exigences jurisprudentielles relatives au diagnostic et aux indicateurs déterminants.

c. Quant aux rapports des médecins de la recourante, émanant en particulier des Dresses B _____, I _____ et de la Clinique genevoise de Montana, ils sont peu motivés et ne se livrent pas à une analyse globale des atteintes de l'assurée, si bien que l'on ne peut pas davantage se fonder sur ceux-ci. Il sied également de tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

15. En définitive, le dossier ne contient ni rapport ni expertise satisfaisant aux réquisits jurisprudentiels, de sorte qu'il ne permet pas à la chambre de céans de statuer sur la capacité de travail et partant, sur le degré d'invalidité et le droit aux prestations. En conséquence, un renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire s'avère nécessaire.

Cette solution se justifie d'autant plus que, selon les pièces produites à l'appui du recours, l'assurée a été hospitalisée une nouvelle fois à la Clinique genevoise de Montana du 20 avril au 11 mai 2016 pour un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, lequel se serait accompagné notamment d'une péjoration de la thymie, d'une « réactivation » des douleurs chroniques et de pensées de mort passive, ce qui témoigne d'une possible aggravation de l'état de santé intervenue

entre le second examen du SMR et la décision querellée, aggravation qu'il appartiendra à l'intimé d'investiguer.

16. Il se justifie en conséquence d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 17 juin 2016 et de renvoyer le dossier à l'intimé, à charge pour celui-ci de mettre en œuvre une expertise en rhumatologie et psychiatrie confiée à des experts indépendants, selon la procédure prévue à l'art. 44 LPGA. Un simple complément à l'examen du SMR ne saurait suffire.

Les experts se prononceront sur les diagnostics, les limitations fonctionnelles, la capacité de travail et son évolution à la lumière des indicateurs standards développés par le Tribunal fédéral au consid. 4 de l'ATF 141 V 281, en motivant suffisamment leur appréciation. À cet égard, ils tiendront compte de l'ensemble des rapports médicaux versés au dossier, y compris ceux produits par l'assurée à l'appui de son recours.

17. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 500.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 17 juin 2016.
3. Renvoie le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
4. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
5. 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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