

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2215/2015

ATAS/881/2015

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 12 novembre 2015**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

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

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Diane BROTO et Christine LUZZATTO, Juges  
assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1982, originaire du Kosovo, arrivée en Suisse en 1992, sans formation professionnelle, a travaillé comme femme de chambre de 1999 à 2001, puis comme vendeuse à plein temps de 2001 à 2003.
2. Suite à une première demande déposée le 23 mai 1996, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a mis l'assurée au bénéfice d'une formation scolaire spéciale, qui n'a pas abouti. L'assuré présentait un trouble de la personnalité de type dysharmonique, associé à une carence socio-éducative (cf. rapport du 9 juillet 1996 du docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie).
3. Dans un rapport du 18 janvier 2008, le professeur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a diagnostiqué une fibromyalgie, un status post-dyslexie développementale avec dysorthographe, une dépression, des troubles cognitifs à prédominance de la mémoire de travail, des troubles attentionnels dans un contexte douloureux et une fatigue chronique. Les douleurs avaient commencé après une chute dans les escaliers. Depuis lors, l'assurée était gênée par des cervico-dorso-lombalgies et une fibromyalgie plus diffuse. Elle signalait depuis deux ans notamment une augmentation des oublis, une difficulté à se concentrer sur la lecture (elle avait immédiatement des céphalées), ainsi qu'une fatigue mentale et physique majeure dès le matin. Elle ne sortait pratiquement plus de chez elle. Au niveau psychique, le médecin notait un sentiment de tristesse, une claire diminution des intérêts et des plaisirs des activités quotidiennes, des troubles du sommeil, une perte d'énergie et un ralentissement psychomoteur. Sa patiente présentait une perte pondérale, quelques hallucinations auditives, des épisodes d'angoisse et d'hyperventilation, surtout lorsqu'il y avait de la foule.
4. A compter du 8 décembre 2009, l'assurée a été en incapacité de travail totale.
5. Le 12 juin 2014, elle a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.
6. Le 29 juin 2014, la doctoresse D\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, a diagnostiqué des cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques de la colonne cervico-dorso-lombaire sur discopathie L5-S1, sur séquelles d'une ancienne maladie de Scheuerman et sur probable instabilité cervicale, glissement antérieur de C4 et rétrolisthésis de C5, un goitre, une tachycardie sinusale, des épigastralgies sur gastrite aiguë, un état anxio-dépressif chronique avec crises de panique, une fibromyalgie et une hypotension orthostatique. L'assurée suivait un traitement médicamenteux, de la physiothérapie et des séances de psychothérapie de soutien. L'incapacité de travail était totale depuis le 8 décembre 2009, en raison des importants troubles rachidiens et d'un état

anxio-dépressif avec crises de panique. Les limitations fonctionnelles concernaient les charges lourdes, les travaux lourds et les travaux à responsabilité.

A son rapport, le médecin traitant a joint :

- un rapport du 30 septembre 2003 établi par le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie ; celui-ci concluait, sur radiographies dorsale et lombaire, à une scoliose dorsale à convexité droite avec une cyphose physiologique conservée, un aspect légèrement feuilleté des plateaux vertébraux à l'étage dorsal et lombaire supérieur évoquant des séquelles d'une maladie de Scheuermann, une scoliose lombaire à convexité gauche avec une lordose physiologique conservée, une discopathie modérée L5-S1 avec un angle lombo-sacré dans les limites de la norme, des facettes articulaires postérieures conservées et une bascule du bassin en défaveur de la gauche de 9 mm par rapport au côté droit;

- un rapport du 3 novembre 2003 du Dr E\_\_\_\_\_ concluant, sur radiographies du thorax et de la colonne cervicale, à un aspect cunéiforme d'une vertèbre dorsale à l'étage moyen, vraisemblablement D7, à une scoliose cervicale à convexité gauche, à la disparition de la lordose physiologique, à un glissement antérieur de l'étage cervical supérieur en C4 avec angulation postérieure C5-C6 et qui régressait en extension, voire en rétrolisthésis de C5 ; les trous de conjugaison étaient symétriques et libres.

7. Après un entretien avec un conseiller en réadaptation de l'OAI, l'assurée a été mise au bénéfice d'une aide au placement dès le 1<sup>er</sup> octobre 2014 pour une durée de six mois environ auprès d'Intégration pour tous (IPT).
8. En raison de son état de santé, l'assurée a interrompu la mesure d'aide au placement.
9. Le 14 octobre 2014, le docteur F\_\_\_\_\_, chef de clinique du service de médecine de premier recours, la doctoresse G\_\_\_\_\_, psychiatre de liaison, et la doctoresse H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pharmacologie et toxicologie cliniques auprès du centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG), ont diagnostiqué une fibromyalgie, des cervico-dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques de la colonne cervico-dorso-lombaire, sur séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann, sur discopathie L5-S1 et sur probable instabilité cervicale avec rétrolisthésis de C5, un état anxio-dépressif aigu avec crises de panique, des malaises sur hypotension orthostatique, un status après hystérosalpingographie, un status post-dyslexie développementale avec dysorthographe et un status après crise d'épilepsie à l'âge de 11 ans (crise isolée).

Ils ont relaté que l'assurée se plaignait de douleurs chroniques complexes aux niveaux de l'abdomen, du rachis et des membres inférieurs, non soulagées par différentes thérapies. Les douleurs rachidiennes avaient été déclenchées par deux chutes accidentelles, alors que l'assurée était enceinte. Depuis cinq ans, les douleurs s'aggravaient, avec extension des lombalgies en direction du dos, des cervicales et

des épaules, avec apparition de décharges électriques dans les fesses et la région postérieure des cuisses.

Le bilan biologique ne montrait pas de syndrome inflammatoire. L'examen clinique faisait état de douleurs diffuses à la palpation et à l'examen avec plusieurs limitations dans la mobilisation. Sur le plan neurologique, l'examen était normal.

Les médecins relevaient un abaissement thymique important, responsable d'un abaissement du seuil des douleurs et qui empêchait la patiente de se mobiliser. S'agissant des douleurs diffuses du rachis, des troubles multi-étagés avaient été objectivés à l'imagerie, mais ces lésions étaient aspécifiques et ne semblaient pas expliquer les symptômes, du moins en totalité.

Les médecins pensaient primordial de remobiliser l'assurée, de l'aider à restructurer son quotidien et d'éviter tout déconditionnement physique supplémentaire, avec un traitement de physiothérapie et une prise en charge psychiatrique, à laquelle l'assurée était réticente.

10. L'assurée a été adressée par l'OAI, aux docteurs I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique, réadaptation et rhumatologie, et J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès du service médical régional AI (ci-après : le SMR), qui ont rendu leur rapport le 4 mars 2015, sur la base d'un examen de l'assurée et de son dossier médical. Les examinateurs n'ont retenu aucun trouble ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Ils ont mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail, une fibromyalgie, des cervico-lombalgies communes et un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2).

A l'anamnèse, les examinateurs ont notamment relevé que, de 2001 à 2003, l'assurée avait été vendeuse et que c'était sur son lieu de travail qu'elle avait fait une chute dans les escaliers. Selon l'intéressée, tous ses problèmes avaient débuté à ce moment-là. Sur le plan psychiatrique, elle disait avoir consulté un psychiatre cinq ans plus tôt, durant une année, à raison de deux fois par mois. Depuis septembre 2003, elle était suivie par son médecin traitant.

L'assurée se plaignait de cervico-lombalgies, associées à des blocages et des réveils nocturnes. Depuis un an et demi, la lombalgie irradiait dans le membre inférieur droit, postérieurement jusqu'au talon. Les douleurs rachidiennes s'accompagnaient parfois d'un tremblement de la jambe droite ou du membre supérieur gauche. Depuis quatre à cinq mois, était également apparue une douleur au moignon de l'épaule avec blocages à répétition lors des activités et, depuis deux mois, des paresthésies de la main gauche. Sur le plan psychiatrique, l'assurée se déclarait fatiguée ; sa santé s'aggravait de jour en jour. Elle évoquait des crises de malaise associant palpitations, une grande fatigue et de l'irritabilité, durant au moins vingt-quatre heures, parfois plusieurs jours au cours desquels elle restait couchée.

L'assurée se réveillait à 7h15 pour préparer sa fille pour l'école. Puis elle regardait la télévision, faisait un peu le ménage et se rendait à ses rendez-vous médicaux.

Elle ne faisait pas la sieste. L'après-midi, elle lisait, allait voir sa famille, aidait sa fille à faire ses devoirs, jouait avec elle, puis préparait le repas. Le soir, elle regardait la télévision, se couchait à minuit et s'endormait difficilement en raison des douleurs. Elle se réveillait deux à trois fois par nuit, à cause des douleurs et pour aller aux toilettes. Elle effectuait le ménage avec son mari et cuisinait. Les grandes courses étaient effectuées en famille une fois par mois ; l'assurée se chargeait des petites, en moyenne quatre fois par semaine. Elle avait quelques amies, qu'elle voyait de temps en temps et avec lesquelles elle parlait au téléphone. Ses relations étaient surtout intrafamiliales (parents, frères et cousines). En août 2014, elle était partie en famille au Kosovo en avion pendant deux semaines.

Au status général, il a notamment été relevé que l'assurée, de mimique triste, était restée assise sans changer de position pendant l'entretien (45 minutes). Pour se déshabiller et s'habiller, la gestuelle était fluide, aucune épargne pour le rachis ou pour les membres supérieurs n'avait été observée. Au status ostéoarticulaire, l'assurée présentait une discrète bascule du bassin vers la gauche d'environ 0,5 cm. mais pas de troubles de la statique. La mobilité dorsolombaire était limitée dans toutes les amplitudes. L'assurée se disait bloquée par la douleur. La palpation du rachis cervical et des épaules était douloureuse.

L'examen général montrait une assurée d'allure triste, parlant et se mobilisant lentement, tout en soupirant et exprimant sa douleur, alors même qu'elle avait pu rester immobile durant toute la durée de l'entretien.

Sur le plan neurologique, les réflexes étaient tous présents, normo-vifs et symétriques. En raison d'une dysesthésie à la main gauche, les examinateurs avaient recherché un syndrome du tunnel carpien qui s'était avéré négatif. Il n'y avait d'irritation ni cervico-brachiale, ni lombo-crurale, ni lombosacrée lors du test de Lasègue, qui ne reproduisait pas la douleur postérieure décrite par l'assurée, mais provoquait une douleur antérieure, crurale. Il s'agissait d'une incohérence car le test de Lasègue irritait les racines surtout L4 à S1 et non L2-L3 qui innervent la partie antérieure de la cuisse.

Il a été relevé que l'examen ostéoarticulaire avait été rendu difficile par une autolimitation. La mobilité cervicale était limitée, douloureuse en fin de course, impossible en extension. Lorsque l'assurée était distraite pour se déshabiller et se rhabiller, les examinateurs avaient observé une mobilité souple, sans aucune raideur. La mobilité dorsolombaire était également limitée, mais à nouveau, lorsque l'assurée se déshabillait, se rhabillait, se mettait debout, s'installait sur la table d'examen et se retournait sur celle-ci, il n'y avait pas de limitations. Les soupirs et gémissements avaient été présents pendant tout l'examen, quels que fût l'articulation ou le segment corporel examiné. Lorsque l'assurée avait été assise sur la table d'examen, jambes tendues, la distance doigts-orteils avait été de 22 cm. - soit la moitié de la distance doigts-sol -, ce qui constituait un signe de discordance significatif. La palpation de la musculature cervico-dorso-lombaire était douloureuse et même l'effleurement de la peau, sans que l'on détecte une

contracture musculaire. Il n'y avait pas de syndrome cervical ou lombaire. A l'inspection debout, il n'y avait pas non plus de troubles statiques, si ce n'était une discrète bascule du bassin vers la gauche, sans qu'il y ait de raccourcissement des membres inférieurs. L'examen des épaules révélait une palpation diffusément douloureuse et une grande différence entre la mobilité active en position assise et passive en décubitus dorsal dans tous les mouvements.

L'examen révélait les cinq signes de non-organicité décrits par Waddell chez les lombalgiques (un résultat significatif). S'y ajoutait la différence entre la distance doigts-sol et doigts-orteils. Les points de Smythe étaient tous présents, tout comme les symptômes habituellement retrouvés dans la fibromyalgie, diagnostic finalement retenu. Enfin, les examinateurs observaient plusieurs incohérences s'agissant de la mobilité du rachis cervical et dorsolombaire, la mobilité des épaules et des coudes.

En conclusion, l'examen du rachis cervico-dorso-lombaire et des articulations périphériques révélait une mobilité physiologique lorsque l'assurée était observée à son insu ou distraite. Les cinq signes de Waddell traduisaient une diminution importante du seuil de la douleur.

Sur le plan psychique, au status, le discours était cohérent et l'orientation aux trois modes normale. L'examen objectivait un trouble anxieux et dépressif mixte, sans que l'intensité de l'un ou de l'autre soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé. Les symptômes s'accompagnaient par intermittence de plusieurs symptômes neurovégétatifs (en particulier des palpitations). Il n'y avait ni anxiété généralisée, ni trouble panique caractérisé. L'assurée décrivait des périodes qui duraient de vingt-quatre heures à plusieurs jours, au cours desquelles elle ressentait des palpitations, une grande fatigue, une irritabilité, une perte d'appétit. Ces épisodes ne répondaient pas aux critères diagnostiques d'un trouble panique. Il existait néanmoins des éléments anxieux (inquiétudes, ruminations). S'il existait un discret abaissement de l'humeur, il n'y avait pas de diminution de l'intérêt et du plaisir et la réduction de l'énergie était fluctuante et variable, sans horaire particulier, non de nature dépressive. Si la confiance en soi était diminuée, il n'y avait pas de diminution de la concentration et de l'attention, pas d'attitude morose et pessimiste face à l'avenir (l'assurée aimerait « se sentir mieux comme avant »), pas d'idéation suicidaire, pas de perturbation du sommeil d'origine dépressive, ni de diminution franche de l'appétit qui était fluctuant. Il n'y avait pas non plus de perte de poids significative. Tous les symptômes du syndrome somatique de la dépression étaient absents. Le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte était, par définition, non incapacitant.

Sur le plan psychiatrique, les examinateurs ont estimé que l'assurée n'avait donc jamais présenté d'incapacité de travail durable.

Vu le diagnostic de fibromyalgie, les critères de sévérité devaient être discutés. Il n'existait pas de comorbidité psychiatrique manifeste. L'affection chronique

s'étendait sur plusieurs années sans rémission durable et jusqu'à présent le traitement avait échoué, mais on ne pouvait considérer l'état psychique de l'assurée cristallisé, c'est-à-dire sans évolution possible au plan thérapeutique, en l'absence de prise en charge spécialisée. Enfin, il n'existait pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, comme le démontrait la vie quotidienne de l'assurée. L'affection n'était donc pas incapacitante au sens de l'assurance-invalidité.

Les examinateurs ont par ailleurs expliqué que, sur le plan rhumatologique, ils ne s'alignaient pas sur l'arrêt de travail de longue durée établi par le médecin traitant à compter du 8 décembre 2009 car, en dehors d'une bascule du bassin vers la gauche millimétrique, il n'y avait pas de troubles statiques de la colonne cervico-dorso-lombaire ; la maladie de Scheuermann ancienne n'était pas source de douleurs ; on ne pouvait retenir non plus la probable instabilité cervicale par glissement C4 et C5, phénomène effectivement présent, découvert fortuitement, millimétrique, sans contexte traumatique. Enfin, la fibromyalgie n'était pas incapacitante.

Par conséquent, la capacité de travail devait être considérée comme entière depuis toujours, dans toute activité. Ni le recueil anamnestique, ni l'examen clinique, ni la documentation radiologique ne permettaient de retenir de limitations fonctionnelles.

11. Le 17 mars 2015, la doctoresse K\_\_\_\_\_ du SMR a émis l'avis que l'assurée avait toujours conservé une pleine capacité de travail dans toute activité. Les atteintes évoquées par le médecin traitant étaient non incapacitantes car non durables (un goitre, une tachycardie sinusale, des épigastralgies sur gastrite aiguë, une hypotension orthostatique et un épisode d'épilepsie dans l'enfance).
12. Par décision du 22 mai 2015, l'OAI a nié à l'assurée le droit à des prestations au motif que les atteintes à sa santé ne pouvaient justifier d'incapacité de travail durable. Aucune invalidité ne pouvait être admise.
13. Par acte du 26 juin 2015, l'assurée a interjeté recours contre la décision, en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

La recourante soutient qu'elle est dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité.

14. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 9 juillet 2015, a conclu au rejet du recours.
15. Le 8 juillet 2015, la recourante a fait valoir qu'au vu du récent changement de jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de fibromyalgie, il était indispensable qu'une expertise soit ordonnée.
16. Le 20 juillet 2015, l'intimé a dupliqué.

Il soutient qu'un changement de jurisprudence n'est un motif ni de révision, ni de reconsidération et qu'il ne déploie d'effets que pour l'avenir.

17. Par écriture du 17 août 2015, la recourante a maintenu sa demande.

Elle reproche au rapport des médecins du SMR de ne pas contenir suffisamment d'éléments médicaux pour pouvoir se prononcer valablement selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral.

### **EN DROIT**

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

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).

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

3. En l'espèce, la décision litigieuse du 22 mai 2015 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de

---

modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. Le litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à des prestations en raison des atteintes à sa santé.
6. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> janvier 2008).
7. 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 275 consid. 4a; ATF 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2; ATF 123 V 233 consid. 3c; ATF 117 V 278 consid. 2b). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2).
8. 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).

9. a. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

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 malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132 V 65 consid. 4.2).

b. 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.

c. Si dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a notamment abandonné la présomption du caractère surmontable d'un 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, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (voir le consid. 2.2. de l'ATF 141 V 281). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de 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, de 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 psycho-social intact (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_899/2014 et 9C\_173/2015 des 29 juin 2015).

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).

c. 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).

d. 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. Etant 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).

e. 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. cc).

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). 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. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst, RS 101; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).
13. a. En l'occurrence, l'intimé, en se fondant sur le rapport des Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_, a retenu une capacité de travail entière dans toute activité, ce que conteste la recourante, qui soutient que sa capacité de travail est nulle dans toute activité.

b. Dans leur rapport du 4 mars 2015, les Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ ont retenu les diagnostics de fibromyalgie, de cervico-lombalgies communes et de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), dont ils ont estimé qu'ils n'entraînaient ni limitations fonctionnelles, ni répercussions sur la capacité de travail, jugée entière dans toute activité.

La chambre de céans constate que le rapport d'examen des Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique de la recourante et qu'il tient compte des plaintes rapportées par cette dernière. Il a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradictions.

Les conclusions des examinateurs et du médecin traitant, la Dresse D\_\_\_\_\_ - qui atteste d'une incapacité de travail totale de la recourante depuis le 8 décembre 2009 - divergent certes.

Cela étant, la chambre de céans relèvera qu'à la lecture de l'ensemble des pièces versées au dossier, il n'apparaît pas que les examinateurs aient ignoré des éléments cliniques ou diagnostiques essentiels. Au contraire, les éléments évoqués par la Dresse D\_\_\_\_\_, par le Dr E\_\_\_\_\_, le Dr F\_\_\_\_\_ et les Dresses G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, ont été examinés par les spécialistes du SMR. Ces derniers ont notamment expliqué que si l'examen ostéoarticulaire avait été rendu difficile par une autolimitation, l'examen du rachis cervico-dorso-lombaire et des articulations périphériques révélait une mobilité physiologique lorsque la recourante était observée à son insu ou distraite. Par ailleurs, ils ont dûment expliqué les raisons pour lesquelles ils ne pouvaient confirmer l'arrêt de travail de longue durée attesté dès le 8 décembre 2009 par le médecin traitant. Ils ont souligné qu'hormis une

bascule du bassin vers la gauche millimétrique, il n'y avait pas de troubles statiques de la colonne cervico-dorso-lombaire. La maladie de Scheuermann ancienne n'était pas source de douleurs et on ne pouvait non plus retenir une probable instabilité cervicale par glissement C4-C5, celle-ci étant millimétrique et sans contexte traumatique. Partant, l'avis divergent du médecin traitant concernant la capacité de travail de la recourante n'est pas de nature à mettre sérieusement en doute l'analyse des examinateurs, d'autant qu'hormis la Dresse D\_\_\_\_\_, aucun autre médecin ayant examiné la recourante n'a conclu que ses atteintes physiques avaient une répercussion sur sa capacité de travail.

Force est donc de constater que, sur le plan somatique, aucun rapport versé à la procédure ne permet d'écarter les conclusions claires du rapport d'examen du 4 mars 2015.

c. Sur le plan psychiatrique, la Dresse G\_\_\_\_\_ a retenu un état anxio-dépressif aigu avec crises de panique, sans se prononcer sur la capacité de travail de la recourante (rapport du 14 octobre 2014).

Quant au Dr J\_\_\_\_\_, il a objectivé un trouble anxieux et dépressif mixte en expliquant que l'intensité de l'un ou de l'autre n'était pas suffisante pour justifier un diagnostic séparé. Si les symptômes s'accompagnaient par intermittence de plusieurs symptômes neurovégétatifs (en particulier des palpitations), il n'y avait toutefois ni anxiété généralisée caractérisée, ni trouble panique caractérisé. Selon le médecin, les épisodes décrits par la recourante (de palpitations, grande fatigue, irritabilité et perte d'appétit) ne répondaient pas aux critères diagnostiques d'un trouble panique. Il a en outre expliqué qu'un trouble anxieux et dépressif mixte est, par définition, non incapacitant. L'avis circonstancié de ce médecin quant au diagnostic psychique et à l'absence de répercussion sur la capacité de travail apparaît convaincant et n'est pas contredit par d'autres éléments objectifs au dossier.

d. Il y a donc lieu de reconnaître une valeur probante entière au rapport des Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_.

e. S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail en raison de la fibromyalgie, la recourante demande qu'une expertise soit mise en œuvre au vu de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, dont l'intimé soutient qu'elle ne serait pas applicable au litige.

Il est vrai qu'une nouvelle jurisprudence ne constitue ni un motif de révision, ni un motif de reconsidération et il n'est pas contesté qu'un changement de jurisprudence ne vaut que pour les cas futurs. Il s'applique en revanche aux affaires pendantes devant un tribunal au moment dudit changement (ATF 108 V 3), sans qu'il soit ici question de révision ou de reconsidération.

En l'occurrence, la décision litigieuse n'étant pas entrée en force, la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral du 3 juin 2015 (ATF 141 V 281) est par conséquent applicable au litige dont la Cour de céans a à connaître.

Cela étant, la chambre de céans est d'avis que l'application de cette nouvelle jurisprudence ne conduit pas à un autre résultat dans le cas particulier. On rappellera en effet que si, dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a notamment abandonné la présomption du caractère surmontable d'une fibromyalgie, il a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant droit aux prestations d'assurance lorsque les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable.

Or, en l'espèce, les examinateurs font état de nombreux constats allant dans le sens d'une exagération. En effet, ils mettent en évidence une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé : une mobilité plus grande que prétendue ("l'examen ostéoarticulaire a été rendu difficile par une autolimitation alors que la recourante se déshabille, se rhabille, se met debout, s'installe sur la table d'examen et se retourne sur celle-ci, il n'y a pas de limitations", "il existe plusieurs incohérences s'agissant de la mobilité du rachis cervical et dorsolombaire, la mobilité des épaules et des coudes", pp. 10 et 11); une tendance de l'assurée à l'accentuation et à la démonstration ("les soupirs et les gémissements sont présents pendant tout l'examen et peu importe l'articulation ou le segment corporel examiné", "réactions exagérées avec une verbalisation excessive, mimiques de la douleurs et des crispations" pp. 8 et 10); le fait que la recourante ne se voit pas travailler alors que ses relations sociales sont intactes (elle sort faire des courses, joue avec sa fille, prépare les repas, fait le ménage, rend visite à sa famille, rencontre des amies et voyage, p. 6). L'ensemble de ces éléments justifie d'admettre l'existence de motifs d'exclusion au sens de l'ATF 141 V 281 et de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant droit aux prestations d'assurance.

Enfin, on relèvera que les autres atteintes évoquées par le médecin traitant (un goître, une tachycardie sinusale, des épigastralgies sur gastrite aiguë, une hypotension orthostatique et un épisode d'épilepsie dans l'enfance) n'entraînent pas d'incapacité de travail durable (avis du SMR du 17 mars 2015).

Compte tenu de ce qui précède, la mise en œuvre d'une expertise médicale n'apporterait selon toute vraisemblance aucune constatation nouvelle, mais uniquement une appréciation médicale supplémentaire sur la base d'observations identiques à celles des médecins déjà consultés. Il apparaît dès lors superflu d'administrer d'autres preuves.

Il convient donc de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante souffre de fibromyalgie, de cervico-lombalgies communes et d'un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), atteintes qui n'entraînent aucune limitation physique ou psychique au sens de l'assurance-invalidité.

Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimé a nié le droit de la recourante à des prestations. Compte tenu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

14. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument.
4. 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

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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