

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/311/2013

ATAS/490/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 avril 2014

4<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Madame G \_\_\_\_\_, domiciliée à SAINT-PIERRE-EN-  
FAUCIGNY, France

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,  
Juges assesseurs**

---

## EN FAIT

1. Madame G \_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1981, mariée, mère d'un enfant, ressortissante portugaise, a été scolarisée dans son pays jusqu'à l'âge de 12 ans. Emigrée en Suisse, l'assurée a poursuivi sa scolarité au sein du cycle d'orientation, puis à l'école de culture générale, formation qu'elle a interrompue sans obtenir de diplôme. L'assurée a exercé diverses activités, telles que repasseuse, ouvrière étiqueteuse, aide-soignante dans un EMS. En dernier lieu, elle a travaillé au sein de l'entreprise X \_\_\_\_\_ comme contrôleuse des pièces et des emboîtages de bijoux, activité qu'elle a réalisée jusqu'au 31 mars 2009, date à laquelle elle a été mise en arrêt de travail.
2. L'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé) en date du 9 février 2010, en raison de douleurs diffuses dans tout le corps, perte de mémoire, blocage au niveau des membres et « ras le bol général ».
3. Dans son rapport à l'attention de l'OAI, le docteur L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, médecin traitant, a diagnostiqué une fibromyalgie floride depuis environ 10 ans, ainsi qu'une obésité. L'incapacité de travail est de 100% dans l'activité de caissière, depuis environ 2000 à actuellement. En revanche, une activité dans un travail adapté est possible à 100%, de suite. Au titre des limitations fonctionnelles, la patiente devait éviter les activités en position debout, en terrain irrégulier, se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête, les positions accroupies, à genoux, soulever et porter des charges près/loin du corps, monter sur une échelle, monter des escaliers. Enfin, la résistance était limitée en raison de la fatigabilité.
4. Dans le cadre de l'assurance-chômage, une mesure auprès de la Fondation PRO a été mise en place du 25 mai au 5 juillet 2010. Dans le rapport d'évaluation du 26 juillet 2010, la Fondation PRO relève que les six semaines de stage ont été laborieuses, d'une part parce que la capacité de l'assurée à se présenter à son poste de travail était faible. D'autre part, cette incapacité régulière à venir travailler a induit une prise de conscience douloureuse chez l'assurée et son état de santé avait empiré depuis sa dernière expérience. Par conséquent, la Fondation PRO ne pouvait que constater l'incapacité de l'assurée à occuper un poste de travail à l'heure actuelle.
5. Le 9 août 2010, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement.
6. Le docteur M \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a établi un rapport à l'attention de l'OAI en date du 29 septembre 2010. Il a diagnostiqué des cervico-lombalgies, avec effet sur la capacité de travail, depuis janvier 2005 ainsi

qu'une obésité sans effet sur la capacité de travail. Il avait suivi la patiente du 24 janvier 2005 au 13 juillet 2006. Les incapacités de travail étaient de 100% du 22 janvier 2005 au 30 janvier 2005, et du 29 avril 2005 au 2 mai 2005, à 50% du 17 mai 2005 au 5 juin 2005 et du 6 juin 2005 au 13 juin 2005. Il ne connaissait pas l'évolution de l'atteinte à la santé ni la médication actuelle. Une reprise de l'activité professionnelle était possible à 100% à partir du 25 septembre 2005. Il n'avait par ailleurs pas testé les limitations fonctionnelles.

7. Le docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, au bénéfice de droits acquis en diagnostics et thérapies psychiatriques, a établi un rapport à l'attention de l'OAI en date du 15 novembre 2010. Il a diagnostiqué une fibromyalgie et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, ainsi que des migraines. S'agissant de l'incapacité de travail, il renvoyait à l'appréciation du médecin traitant de même que pour les limitations fonctionnelles. Il a précisé que la première crise de fibromyalgie serait apparue suite à un accident de voiture, un deuxième accident ayant entraîné une aggravation des symptômes. Depuis 2006, la patiente a été prise en charge par son médecin de famille, le Dr L\_\_\_\_\_ et son rhumatologue le docteur O\_\_\_\_\_. Elle présentait une très grande culpabilité, une perturbation du sommeil en raison des douleurs et une diminution de la concentration, une perte de confiance en soi. Le pronostic était réservé car la fibromyalgie est une maladie chronique.
8. Dans un rapport ultérieur du 11 mars 2011, le docteur P\_\_\_\_\_, FMH en médecine interne générale, du centre de psychologie clinique, a diagnostiqué un syndrome de dépendance aux opiacés depuis un an avec effet sur la capacité de travail et sans effet sur la capacité de travail un syndrome douloureux somatoforme persistant et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Le pronostic dépendait du sevrage des opiacés. Quant aux restrictions, elles étaient momentanées selon usage des opioïdes et le médecin a précisé qu'elle n'avait plus travaillé depuis 2005, de sorte qu'elle subissait un déconditionnement. D'un point de vue médical, l'activité exercée est encore exigible si sevrage. Le docteur ne pouvait se prononcer sur une diminution de rendement. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 100%, après sevrage.
9. L'OAI a mandaté le docteur Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, aux fins d'expertise. Dans son rapport du 31 juillet 2011, l'expert relève à l'anamnèse que la patiente a été suivie durant quelques mois entre les années 2005 et 2006 pour des raisons psychologiques, qu'un traitement de Deroxat avait d'abord été bien prescrit puis modifié en faveur du Cymbalta en raison du syndrome douloureux chronique. Son état de santé psychiatrique s'étant bien amélioré, elle interrompt la prise en charge psychologique en 2010. Elle n'a jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique, n'a pas d'antécédents de troubles du comportement alimentaire et ne s'est jamais automutilée. Elle n'a plus de suivi

psychologique ni de suivi psychiatrique après 2006 et ne retrace plus aucun symptôme dépressif. L'expert retient les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de status post notion d'un épisode dépressif à caractère réactionnel sur mobbing dans les années 2005-2006, en rémission complète et sans répercussion sur la capacité de travail des notions de fibromyalgie selon les données cliniques. Sur le plan psychique et mental, il n'y a aucune limitation depuis 2006, ni aucune trouble limitant l'activité exercée jusqu'ici. La capacité de travail est entière dans toute activité sur le plan psychiatrique, à raison de huit heures par jour.

10. L'OAI a mandaté le docteur R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, pour expertise. L'assurée a été examinée en date du 16 décembre 2011. L'expert n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail ; il a en revanche diagnostiqué une fibromyalgie, une obésité de classe I selon l'OMS avec un IMC à 31 et un tabagisme chronique, affections sans répercussion sur la capacité de travail. Objectivement, il relève que l'assurée présente un excès pondéral manifeste avec une ptose abdominale, mais aucune limitation à la mobilité tant rachidienne que des articulations périphériques. Au status ostéo-articulaire, il constate un minime trouble statique dorsal avec une mobilité globalement rachidienne physiologique, que ce soit au niveau du rachis cervical, dorsal ou lombaire. L'examen rhumatologique observe l'existence de 18 points sur 18 de fibromyalgie ainsi que la présence de tous les signes comportementaux de Waddell. Le status neurologique peut être considéré dans les limites de la norme. Les radiographies effectuées ont été réalisées compte tenu de la notion de deux antécédents de traumatismes par accélération-décélération ; ils ont juste révélé une légère raideur cervicale, tout à fait banale, mais l'absence de troubles dégénératifs, de discopathies ou de spondylolisthésis. En conclusion, l'expert considère que l'assurée manifeste un tableau clinique de douleurs ubiquitaires avec des points de fibromyalgie tous douloureux, qui n'est pas modulé par les différentes thérapies qu'elle a déjà pu recevoir, tableau clinique qui correspond ainsi à une fibromyalgie selon les critères de l'American College of Rheumatology (ACR). En effet il n'y a pas d'autres explications convaincantes quant à l'origine de ses douleurs notablement diffuses qui ne répondent donc à aucun traitement. Ce diagnostic avait d'ailleurs été évoqué par le Dr O\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, et le docteur S\_\_\_\_\_, neurologue FMH, en 2003 et a été confirmé par la suite par le Dr L\_\_\_\_\_, interniste FMH en 2007. Il n'y a pas de limitations fonctionnelles sur la base des constatations de l'examen clinique somatique et du bilan paraclinique réalisé lors de l'expertise. D'un point de vue somatique, il n'y a pas de limitations fonctionnelles qui permettraient de justifier une incapacité de travail dans son activité habituelle, à savoir la dernière activité réalisée en tant qu'ouvrière en horlogerie. Quant au médecin traitant, il a également estimé que cette activité dans l'horlogerie était tout à fait adaptée et qu'elle pouvait être réalisée à 100%. Il n'y a pas de baisse de rendement. Des mesures de réadaptation professionnelle sont envisageables mais ne paraissent pas justifiées

---

d'un point de vue somatique. Concernant les possibilités d'améliorer la capacité de travail, l'expert considère qu'on pourrait suggérer que l'assurée bénéficie à nouveau d'un traitement antidépresseur, principalement tricyclique, à but antalgique, qui semble avoir un certain bénéfice en cas de fibromyalgie selon les données de la littérature. Il faudrait bien entendu sevrer les dérivés morphiniques, traitements qui ne sont pas réputés efficaces en cas de fibromyalgie, puisqu'en effet les stimuli nociceptifs ne semblent pas jouer un rôle prépondérant en cas de fibromyalgie. En conclusion, pour l'expert, toutes les activités peuvent être réalisées à 100% puisqu'il n'y a pas de limitations qui puissent être retenues sur la base des constatations de l'examen clinique.

11. Par projet de décision communiqué à l'assurée en date du 11 juillet 2012, l'OAI l'a informée que sa demande est rejetée dès lors que selon les expertises psychiatriques et rhumatologiques, son atteinte à la santé n'est pas invalidante au sens de l'AI.
12. Dans un rapport daté du 20 avril 2012 à l'attention de l'OAI, reçu par ce dernier le 7 septembre 2012, le Dr L\_\_\_\_\_ relève que le diagnostic retenu par les différents experts est celui d'une fibromyalgie. Toutefois de récents examens démontrent clairement un syndrome inflammatoire avec vitesse de sédimentation à 28, une CRP ultrasensible augmentée à 19,8 et un facteur rhumatoïde à 10, avec des anti-ccp pour l'instant non significatifs, mais malgré tout bien présents à 2,9. La patiente se plaignant essentiellement de douleurs dans les doigts ces dernières semaines, on pourrait évoquer une polyarthrite rhumatoïde qui pour l'instant est séronégative. Le syndrome inflammatoire est par contre bien présent et un test à la Prednisone va être tenté. Le Dr L\_\_\_\_\_ souligne que les douleurs ne sont pas stables, mais évolutives dans le temps et qu'elles varient durant le jour et la nuit. L'expert relève qu'il n'y a pas de douleurs articulaires, ce qui est inexact puisque les doigts de la patiente sont tuméfiés et douloureux. Enfin le Cymbalta avait été arrêté à cause d'une intolérance digestive et non pas d'un défaut de complaisance. Le Dr L\_\_\_\_\_ propose à l'OAI de renoncer à son projet de décision en attendant les résultats du test à la Prednisone. De même, il faudrait reconstrôler régulièrement le facteur rhumatoïde et les anticorps anti-ccp de même que le syndrome inflammatoire. Ce n'est que sur ces éléments qu'une décision définitive devrait être prise, en mettant pour l'instant de côté le diagnostic de fibromyalgie floride. Vu ces éléments nouveaux, la patiente a décidé de s'opposer au projet de décision et de communiquer les différents documents, dont les analyses, afin de réétudier son cas. Le Dr L\_\_\_\_\_ a joint à son rapport le résultat des tests de laboratoire ainsi que des témoignages écrits de voisins de l'assurée attestant de son handicap.
13. Le 21 septembre 2012, le Dr L\_\_\_\_\_ a établi un nouveau rapport à l'attention de l'OAI. Se référant à son précédent courrier, le médecin traitant indique qu'au vu des douleurs importantes au niveau des mains de cette patiente, une polyarthrite rhumatoïde a été évoquée et un test à la Prednisone a été fait. Après 10 jours de

Prednisone, la vitesse de sédimentation est descendue à 7 et la CRP à 7,3. Ceci démontre bien que la patiente souffre d'une maladie inflammatoire et non pas d'une fibromyalgie. Le Dr L\_\_\_\_\_ demande à l'OAI de bien vouloir effectuer une nouvelle expertise rhumatologique chez le professeur T\_\_\_\_\_ ou le professeur U\_\_\_\_\_ à l'hôpital de Beau-Séjour.

14. Par avis du 27 novembre 2012, le SMR relève que les facteurs biologiques rhumatologiques normaux montrent à l'évidence l'absence d'une atteinte rhumatologique inflammatoire et qu'un traitement par corticoïdes va forcément entraîner les résultats fournis, sans orienter vers une étiologie. Au vu des nouvelles pièces reçues, le SMR considère qu'il n'y a pas d'élément médical objectif permettant de s'écarter des conclusions précédentes.
15. Par décision du 11 décembre 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations, se référant aux conclusions de l'expertise psychiatrique et rhumatologique. Par ailleurs, les nouveaux documents reçus ont été soumis au SMR lequel estime que ces derniers n'apportent pas d'élément médical objectif permettant de s'écarter de ses précédentes conclusions.
16. Par acte du 25 janvier 2013, l'assurée interjette recours. Elle conclut à l'annulation de la décision, à l'octroi de prestations AI et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. Elle fait valoir qu'avant le dépôt de sa demande de prestations de l'assurance-invalidité, un rapport avait été établi par l'Office cantonal de l'emploi (ci-après OCE) le 5 janvier 2015 qui démontre qu'elle a été contrainte d'interrompre les modules de réinsertion en raison d'une problématique de santé non réglé. Elle a fait également preuve de motivation et de compétence relationnelle ; en outre il était précisé que les modules auxquels elle avait pu participer malgré son état de santé instable démontraient une nécessité de préparation au marché du travail. La priorité devait être donnée à un traitement médical pouvant stabiliser son état de santé, ce qui à ce jour n'a pu être réalisé en raison de la dégradation de son état de santé. Selon la recourante, ce rapport fonde vraisemblablement une mesure de réadaptation professionnelle. Son médecin traitant a par ailleurs attesté d'une incapacité de travail à 100% depuis l'apparition de la maladie en début 2000 et en mars 2010, il a indiqué qu'il lui était impossible de travailler dans le même domaine d'activité, mais qu'une reconversion professionnelle était envisageable dans un travail adapté. Selon le centre de psychologie clinique, le diagnostic posé par le médecin responsable est celui de fibromyalgie et, sur le plan psychiatrique, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen ainsi que des migraines. Enfin, dans un rapport daté du 12 novembre 2010, il était décrit un état anxiodépressif, l'apparition de la première crise de fibromyalgie, une dégradation de son état de santé mentale en raison de burn out et les effets secondaires handicapants dus au traitement de la fibromyalgie. Elle avait nécessité un suivi psychiatrique depuis le 17 octobre 2010, le pronostic paraissait mauvais, les atteintes à sa santé étaient importantes sur le plan psychique et mental.

Dans le dernier rapport établi par le centre de psychologie clinique le 11 mars 2011, il est indiqué une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Or, ces constatations paraissent lacunaires, voire contradictoires au regard du rapport médical précédent, car elles ne prennent pas tous les faits la concernant. S'agissant du rapport d'expertise établi par le Dr R\_\_\_\_\_, la recourante relève que les constatations de l'expert au sujet de l'influence sur la capacité de travail et sur la réadaptation professionnelle vont à l'encontre des diagnostics de fibromyalgie rendus par les Drs V\_\_\_\_\_, O\_\_\_\_\_, L\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_. La grave atteinte à la santé dont elle souffre, soit en l'espèce une fibromyalgie et tous ses symptômes, est totalement occultée. Cette maladie pour laquelle les douleurs diffuses ne répondent à aucun traitement et qui est de ce fait invalidante pour la recourante, ne serait-ce que par les effets secondaires de la morphine, n'est absolument pas reconnue dans les conclusions du rapport d'expertise médicale. Il est tout de même fait mention à la page 7 que l'examen rhumatologique objective l'existence de 18 points sur 18 de fibromyalgie ainsi que la présence de tous les signes comportement de Waddell. La recourante se réfère au dernier rapport du Dr L\_\_\_\_\_ qui conclut à une maladie inflammatoire et à la mise en place d'une nouvelle expertise rhumatologique afin de prouver qu'il ne s'agit pas d'une simple empathie du médecin traitant envers sa patiente. La recourante fait grief à l'intimé d'avoir considéré qu'il n'y avait aucun nouvel élément objectif médical, alors qu'un nouveau diagnostic de maladie inflammatoire a été posé et attendait d'être confirmé par un expert en rhumatologie. Ce diagnostic est clairement un fait nouveau apportant un nouvel élément médical objectif, alors que les précédentes conclusions du SMR se fondaient sur des rapports contradictoires, étalés dans la durée et concluant à diverses pathologies non invalidantes, en occultant complètement la maladie s'apparentant à la fibromyalgie. La recourante expose avoir contacté directement le Prof. T\_\_\_\_\_ afin d'obtenir un rendez-vous pour une consultation, qui n'a malheureusement pas pu être fixé avant l'expiration du délai du recours. La recourante considère que le renvoi de la cause à l'administration pour une nouvelle instruction semble adéquat, afin que la maladie incapacitante soit enfin reconnue et lui donne droit à une rente d'invalidité conformément aux dispositions légales. Elle soutient que la décision litigieuse, insuffisamment motivée et arbitraire au vu de la complexité du cas, la plonge depuis dans un état de dépression profonde à tendance suicidaire. Elle a perdu toute estime de soi et ne supporte plus d'être un fardeau pour sa famille.

17. Dans sa réponse du 22 février 2013, l'OAI conclut au rejet du recours, se référant aux expertises psychiatrique et rhumatologique des 31 juillet et 20 décembre 2011.
18. Le 18 juillet 2013, la chambre de céans communique au Dr R\_\_\_\_\_ le certificat médical du 20 avril 2012 établi par le Dr L\_\_\_\_\_, en le priant d'indiquer si les nouveaux éléments contenus dans ce rapport sont de nature à modifier ses conclusions quant au diagnostic posé, et le cas échéant, si un complément d'expertise est souhaitable.

---

19. Par courrier du 12 août 2013, le Dr R\_\_\_\_\_ explique avoir relu son rapport d'expertise du 20 décembre 2011 et confirme que lorsqu'il avait examiné cette assurée en date du 16 décembre 2011, l'examen clinique ne révélait pas d'éléments suggestifs de synovites, à savoir de tuméfactions articulaires tant au niveau des mains et des pieds, que des grosses articulations, à savoir les genoux, les chevilles, les coudes et les épaules. Qui plus est, l'assurée rapportait des douleurs véritablement ubiquitaires, sans modulation de l'intensité. Il a donc pris connaissance avec intérêt du certificat médical établi par le Dr L\_\_\_\_\_, médecin généraliste interne non rhumatologue, qui contient quelques inexactitudes puisqu'en effet lorsqu'il avait examiné l'assurée en décembre 2011 cette dernière ne présentait pas de tuméfactions au niveau des doigts et que les doigts n'étaient pas particulièrement douloureux par rapport aux parties du corps. Ce confrère ne peut donc pas déclarer que l'expert révèle qu'il n'y a pas de douleurs articulaires, ce qui est inexact. Cela étant, il y a effectivement d'après les résultats d'analyses transmis un syndrome inflammatoire biologique avec une accélération de la vitesse de sédimentation et une CRP ultrasensible. Le bilan immunologique réalisé s'est avéré négatif, notamment en ce qui concerne le facteur rhumatoïde, les anticorps anti-ccp et anticorps antinucléaires. Selon l'expert, un diagnostic de polyarthrite ne peut cependant être déterminé uniquement sur la base d'un syndrome inflammatoire biologique, élément qui est fort spécifique, puisqu'il peut également être présent lors de tout épisode infectieux banal sans aucune répercussion articulaire, tout comme lors d'autres maladies auto-immunes et néoplasiques. Cela étant, le Dr L\_\_\_\_\_ indique dans son rapport du 20 avril 2012 que l'assurée se plaint essentiellement de douleurs dans les doigts ces dernières semaines : dans ce cas de figure, ces symptômes qui semblent nouveaux pourraient effectivement être liés à une polyarthrite rhumatoïde qui serait dans ce cas apparue ultérieurement à son expertise. D'ailleurs la réponse apparemment favorable à un test à la Prednisone pourrait également être un élément qui pourrait plaider en faveur d'un tel diagnostic. On peut estimer que manifestation des modifications du diagnostic sont apparues durant l'année 2012, mais il est clair que le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde doit être clairement certifié par un spécialiste en rhumatologie, sur la base d'un interrogatoire, d'un examen clinique spécialisé, d'une analyse pertinente, des analyses biologiques, voire sur la base d'un complément d'examen d'imagerie comme une échographie ou une IRM des mains. Toujours est-il que même si une polyarthrite rhumatoïde était effectivement confirmée, la majorité des patients souffrant d'une telle maladie sont en mesure de travailler à 100%, notamment grâce de nouveaux traitements disponibles, traitements qui doivent être administrés par un rhumatologue et il est plutôt rare que des patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde doivent être mis au bénéfice de prestations de l'AI, en particulier d'une rente, sur la base notamment de sa pratique personnelle puisqu'il soigne de très nombreux patients souffrant de cette affection. En conclusion, l'expert pense que le cas de cette assurée devrait être évalué par un médecin spécialiste en rhumatologie ce qui permettra de certifier le diagnostic, puis qu'elle soit à nouveau examinée

dans le cadre d'une expertise complémentaire auprès d'un rhumatologue afin de déterminer sa capacité de travail à la lueur de ce probable nouveau diagnostic.

20. Invité à se déterminer, l'intimé indique avoir soumis la réponse du Dr R\_\_\_\_\_ au SMR pour appréciation, lequel considère que l'expert confirme que les éléments apportés par la recourante ne remettent pas en cause l'interprétation de son expertise. En effet, il précise clairement que les stigmates biologiques d'un syndrome inflammatoire sont complètement aspécifiques et ne permettent en aucun cas de prouver un diagnostic en particulier ou une éventuelle aggravation durable. Par ailleurs, si une polyarthrite rhumatoïde peut être envisagée, il s'agit d'un syndrome inflammatoire aspécifique qui devrait être confirmé par un rhumatologue et un éventuel complément d'expertise s'avérerait nécessaire pour évaluer la capacité de travail. Cela étant, l'expert est également catégorique lorsqu'il affirme que plusieurs patients souffrant de cette maladie sont en mesure de travailler à 100%, notamment grâce à de nouveaux traitements disponibles. Selon l'intimé, c'est dans un souci d'exhaustivité que l'expert suggère une évaluation par un médecin spécialiste en rhumatologie et, après une éventuelle certitude de diagnostic, la mise en place d'un complément d'expertise pour évaluer la capacité de travail qui ne devrait avoir - selon une interprétation de ses propres mots - aucune influence sur celle-ci. Au vu de ce qui précède, l'intimé considère qu'il n'y a pas d'éléments objectifs susceptibles de modifier son appréciation. La recourante n'ayant prouvé une quelconque aggravation, l'intimé, contrairement au Dr R\_\_\_\_\_, ne voit pas de raison de mettre en place un complément d'expertise. Si par impossible la chambre de céans entend tout de même dans un souci d'exhaustivité procéder à un complément d'expertise, l'intimé se réserve le droit de se prononcer. Pour le surplus il persiste dans ses conclusions.
21. Le 9 septembre 2013, la chambre de céans a accordé un délai à la recourante au 24 septembre 2013 pour se prononcer. Le courrier est revenu en retour avec la mention « destinataire introuvable à l'adresse indiquée ».
22. A la requête de la chambre de céans, l'office cantonal de la population a communiqué la nouvelle adresse de la recourante, en France. Selon l'extrait informatique, la recourante a quitté la Suisse en date du 28 février 2013.
23. Invitée une nouvelle fois à se déterminer, la recourante n'a pas déposé de conclusions dans le délai imparti.
24. Le 19 novembre 2013, 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; RS 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).

Selon l'art. 58 al. 1 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours.

En l'occurrence, la recourante était domiciliée à Genève lors du dépôt du recours.

Par conséquent, la compétence ratione materiae et loci de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. a) 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).

b) 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 respectivement le 1<sup>er</sup> janvier 2004, 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).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1<sup>er</sup> janvier 2012, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI, 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 (ATFA non publié 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).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Compte tenu de la suspension des délais du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA), le recours interjeté le 25 janvier 2013 dans la forme prévue par la loi est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA; RS/GE E 5 10).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son taux d'invalidité.
5. 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. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1<sup>er</sup> LPGA). 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).

En vertu de l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Il y a interruption notable de l'incapacité de travail lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (art. 29<sup>ter</sup> RAI).

L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. Dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques – plaintes douloureuses diffuses – sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret.

Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49).

Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 131 V 49 et 130 V 352), que l'on peut transposer au contexte de la fibromyalgie. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'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). Enfin, on conclura 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, par exemple une 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 psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.2).

Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors 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 précités – que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSEN, *Zur Begutachtung somatoformer Störungen in Praxis* 94/2005, pp. 2007 ss). Demeurent réservés 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).

7. 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).

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

D'autre part, 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).

Enfin, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283, consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3.).

8. En l'espèce, il résulte des rapports médicaux figurant au dossier que la recourante souffre d'une fibromyalgie floride depuis une dizaine d'années (cf. notamment rapports des Drs L\_\_\_\_\_, N\_\_\_\_\_, O\_\_\_\_\_). Le Dr R\_\_\_\_\_, expert rhumatologue mandaté par l'intimé, a également retenu ce diagnostic dans son rapport du 20 décembre 2011, relevé l'absence de limitations fonctionnelles et conclu à une capacité de travail totale dans toute activité, sans diminution de rendement. Selon le médecin traitant, l'incapacité de travail est totale dans l'activité de caissière, alors que dans une activité adaptée, la capacité de travail est totale.

Sur le plan psychiatrique, le Dr Q\_\_\_\_\_, expert, a retenu dans son rapport du 31 juillet 2011 un épisode dépressif à caractère réactionnel, en rémission complète. Elle a mentionné en outre une fibromyalgie, sur le plan clinique. Il n'y a aucune limitation sur le plan psychique. Le Dr N\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et, concernant l'incapacité de travail, s'est référé à l'appréciation du médecin traitant.

Enfin, un trouble somatoforme douloureux a été évoqué par le Dr P\_\_\_\_\_, ainsi qu'un syndrome de dépendance aux opiacés. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 100 % après sevrage.

Toutefois, dans un rapport daté du 20 avril 2012 communiqué à l'intimé en septembre 2012, le médecin traitant expose que de récents examens montrent clairement un syndrome inflammatoire, pouvant évoquer une polyarthrite rhumatoïde, qu'il convenait de réévaluer, après un test à la Prednisone. Le 21 septembre 2012, le Dr L\_\_\_\_\_ indique qu'après dix jours de traitement, la vitesse de sédimentation est descendue à 7 et la CRP à 7,3 ce qui démontre bien que la patiente souffre d'une maladie inflammatoire et non pas d'une fibromyalgie. Il proposait à l'intimé d'effectuer une nouvelle expertise rhumatologique auprès de professeurs aux HUG.

L'intimé réfute cet argument, considérant au contraire que les facteurs biologiques rhumatologiques normaux montrent l'absence d'une atteinte rhumatologique inflammatoire.

La chambre de céans relève à cet égard que l'expert rhumatologue a effectivement admis un syndrome inflammatoire biologique, d'après les résultats des analyses. Il explique qu'un diagnostic de polyarthrite ne peut cependant être déterminé uniquement sur la base d'un syndrome inflammatoire biologique puisqu'il peut être présent lors de tout épisode infectieux banal sans aucune répercussion articulaire. Toutefois, la patiente se plaint essentiellement de douleurs dans les doigts, symptômes nouveaux qui pourraient effectivement être liés à une polyarthrite rhumatoïde apparue postérieurement à son expertise. L'expert indique que ce diagnostic doit être clairement certifié par un spécialiste en rhumatologie, sur la base d'un examen clinique et d'examens spécifiques. Une expertise complémentaire auprès d'un rhumatologue serait nécessaire afin de déterminer sa capacité de travail à la lueur de ce probable nouveau diagnostic.

L'intimé s'oppose à la réalisation d'une expertise complémentaire, motif pris que selon le Dr R\_\_\_\_\_, plusieurs de ses patients souffrant de cette maladie sont en mesure de travailler à 100 % notamment grâce à de nouveaux traitements disponibles.

Cet argument tombe à faux. D'une part, l'intimé a estimé que la recourante ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante en se fondant sur le diagnostic de fibromyalgie. D'autre part, il s'agit de déterminer dans le cas concret si l'atteinte à la santé présentée par la recourante entraîne des répercussions sur sa capacité de travail dans son activité habituelle et, cas échéant, dans une activité adaptée.

Or, en l'état actuel du dossier, la chambre de céans n'est pas en mesure de tirer des conclusions définitives sur les atteintes à la santé présentées par la recourante et leurs conséquences sur sa capacité de travail. Il convient de procéder à des

investigations complémentaires comme préconisé par le médecin traitant et l'expert, afin de clarifier les aspects médicaux. Etant donné que l'intimé a eu connaissance des faits nouveaux avant sa décision notifiée le 11 décembre 2012, la cause lui sera renvoyée afin qu'elle procède à une instruction complémentaire, notamment par la mise en œuvre d'une expertise complémentaire auprès d'un rhumatologue indépendant.

9. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

L'émolument, fixé à CHF 200.-, est mis à charge de l'intimé (cf. art. 69al. 1bis LAI)

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H LPA ; art. 61 let. a LPGA).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement et annule la décision du 11 décembre 2012.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Met un émolument de CHF 200.- 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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