



**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1967, de nationalité suisse, originaire du Portugal, a travaillé dès le 1<sup>er</sup> octobre 2003 à temps partiel, à raison de 20 heures par semaine, en qualité d'employée de maison auprès de Madame B\_\_\_\_\_. Le salaire annuel de l'assurée s'élevait à CHF 34'000.- dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014.
2. Par courrier du 23 avril 2014, Madame B\_\_\_\_\_ a mis un terme au contrat de travail de Mme A\_\_\_\_\_, avec effet au 30 septembre 2014.
3. L'assurée s'est inscrite auprès de l'office régional de placement (ORP) le 7 janvier 2015, en annonçant chercher une activité d'employée de maison à 50%. Le 14 janvier 2015, elle a déposé une demande d'indemnité de chômage auprès de la caisse de chômage UNIA (ci-après: la caisse).
4. L'office cantonal de l'emploi (ci-après: OCE) a rejeté ladite demande en date 16 juillet 2015, au motif que l'assurée, en incapacité totale de travail dès le 1er mai 2014, puis en incapacité partielle du 5 janvier au 5 février 2015 et à nouveau en incapacité totale dès le 6 février 2015, était inapte au placement. L'OCE précisait que l'incapacité de travail de l'assurée avait été confirmée par la doctoresse C\_\_\_\_\_ (ci-après: Dresse C\_\_\_\_\_), médecin-traitant de l'assurée depuis 2012, qui avait jugé l'assurée inapte au travail probablement d'une manière durable.
5. L'assurée a déposé une demande de prestations assurances-invalidité pour adultes le 12 mars 2015 auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après: l'OAI), indiquant souffrir d'une fibromyalgie.
6. Figurent au dossier les pièces suivantes:
  - Un rapport, daté du 17 mars 1994, du docteur D\_\_\_\_\_, attestant d'une importante scoliose rotation gauche dorso-lombaire sur bascule de presque 1,5 cm de la ceinture pelvienne vers la gauche sans lésion osseuse et sans signe d'une discopathie localisée.
  - Un rapport, daté du 17 juillet 2009, du docteur E\_\_\_\_\_, radiologue FMH, attestant la présence d'une scoliose lombaire à convexité gauche avec rotation axiale des vertèbres dans le sens horaire, un phénomène de vide discal bordant le plateau supérieur et antérieur L4 avec ostéophytose L5, une discopathie sévère L5-S1 avec phénomène de vide discal et ostéophytose postérieure, une bascule du bassin gauche de 10 mm par rapport au côté droit et une sclérose de surcharge au niveau des versants iliaques.
  - Un rapport de l'opération effectuée le 6 juin 2012 par la doctoresse F\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique FMH, au pied gauche de l'assurée, en raison de la présence d'un névrome de Morton et d'un hallux valgus modéré. L'assurée devait garder le lit jusqu'à récupération du bloc poplité, puis rééducation à la marche après réfection du pansement, sous protection d'une chaussure Orthowedge pendant 4 semaines.

- Un rapport du 24 juin 2013 du docteur G\_\_\_\_\_, radiologue FMH, constatant une petite hernie discale postéro-latérale gauche C4-C5 et une petite protrusion postéro-médiane non sténosante C5-C6.
  - Un rapport, daté du 11 juillet 2013, du docteur H\_\_\_\_\_, radiologue FMH, observant une tendinopathie de la coiffe des rotateurs, à l'épaule gauche, non traumatique suite à une surcharge depuis mi-mai 2013. Il suspectait également une lésion inflammatoire ou de déchirure des tendons +/- bursite.
  - Un rapport du 27 mars 2014 de la doctoresse I\_\_\_\_\_, neurologue FMH, attestant un syndrome du tunnel carpien bilatéral, qui n'expliquait très vraisemblablement pas l'ensemble de son syndrome douloureux chronique.
  - Un rapport du 3 février 2015 du docteur J\_\_\_\_\_, chirurgien FMH, relevant que l'assurée se plaignait d'un prurit intermittent de longue date, associé à un problème de douleurs et de saignements déclenchés par un épisode de constipation. Une anite circulaire non mycotique, associée à une maladie hémorroïdaire de stade II-III, fut diagnostiquée.
  - Un rapport, daté du 10 juin 2015, du docteur K\_\_\_\_\_, radiologue FMH, diagnostiquant une scoliose lombaire à concavité droite centrée sur L2 et une discopathie évoluée L5-S1, associée à une arthrose interfacettaire postérieure.
  - Un rapport du 17 juillet 2015 de Monsieur L\_\_\_\_\_, physiothérapeute, expliquant qu'il traite, depuis le mois de février 2015 à raison de deux séances par semaine à sec et en piscine, les douleurs diffuses dont souffrent l'assurée sur les membres supérieurs, aux épaules, aux poignets et au dos. Il constatait que les douleurs diminuaient après le traitement, mais revenaient rapidement. Pour cette raison, il préconisait de continuer les séances de physiothérapie.
7. Dans un rapport médical à l'attention de l'OAI du 20 janvier 2015, la Dresse C\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de douleurs diffuses dans le cadre d'une fibromyalgie depuis le mois de mai 2013 et d'un état dépressif moyen depuis le début de l'année 2014. Elle précisait également que sa patiente souffrait d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral depuis le début de l'année 2014. Dans l'anamnèse, la Dresse C\_\_\_\_\_ indiquait que l'assurée avait connu deux chocs émotionnels en avril et mai 2013, qui avaient fait apparaître des douleurs aux deux épaules, les douleurs s'étant ensuite propagées sur le haut du corps et le dos. Dans la description des symptômes, la Dresse C\_\_\_\_\_ mentionnait des douleurs aux épaules bilatérales et aux bras droit avec un fond douloureux constant à l'intensité 5/10 avec des hauts à 8/10 en fonction des mouvements et des efforts. Elle relevait également une impossibilité de faire le repassage, nettoyer les vitres et autres mouvements impliquant l'élévation et la rotation des bras et une impossibilité de porter les objets lourds. Elle avait également retenu des céphalées en casque. Sur le plan objectif, plusieurs points douloureux sur le haut du corps, les membres supérieurs et la ceinture lombaire ont été retenus. Une thymie triste, une anhédonie et un retrait social étaient également constatés. Sur le plan psychiatrique,

---

l'assurée suit une psychothérapie. La Dresse C\_\_\_\_\_ a aussi constaté une diminution de la capacité de concentration, d'adaptation et de la résistance. La Dresse C\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité totale de travail de l'assurée dès le 1<sup>er</sup> mai 2014. L'activité en qualité d'employée de maison n'était plus exigible en raison des symptômes dont souffraient sa patiente et de l'impossibilité d'effectuer certaines tâches ménagères. Une reprise de travail à un taux de 50 à 75% restait possible, selon la Dresse C\_\_\_\_\_, notamment dans une activité sédentaire en position assise, sans élévation des bras, sans déplacement d'objets lourds et sans contrainte pour le rachis, dans l'hypothèse d'une amélioration de l'état de santé de l'assurée. Elle signalait toutefois que la guérison serait de longue durée.

8. Sur avis médical du SMR du 8 avril 2015, l'OAI a mis en œuvre un examen clinique rhumato-psychiatrique, qui a été confié à deux médecins du SMR, soit la doctoresse M\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, et le docteur N\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH.
9. Le 10 août 2015, les médecins du SMR ont établi un rapport fondé sur les examens des 23 et 29 juillet 2015.

Sur le plan somatique, l'assurée se plaignait de douleurs aux épaules diffuses et continues, qui augmentaient lorsqu'elle faisait le ménage, portait des charges supérieures à 3 kg ou faisait des mouvements de rotation avec les bras en l'air. Les douleurs augmentaient également avec le froid. Peu après l'apparition des douleurs aux épaules, étaient également apparues des douleurs au coude, aux avant-bras et à la main gauche avec fourmillements nocturnes. A cet égard, un syndrome du tunnel carpien bilatéral a été diagnostiqué. L'assurée souffrait également de cervicalgies accompagnées d'une sensation de raideur et de tension musculaire permanente, de lombalgies avec un fond douloureux, de douleurs suite à son opération du pied et de la cicatrice chirurgicale, et de douleurs au niveau de la hanche gauche. Elle ne s'estimait plus capable d'effectuer les ménages et souhaitait une reconversion professionnelle. L'assurée présentait également une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle soignée par son médecin traitant. Elle bénéficiait depuis février 2015 d'une prise en charge ambulatoire auprès de Madame O\_\_\_\_\_, psychologue, à raison de deux fois par semaine.

Les médecins du SMR ont retenu les diagnostics suivants, estimant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail:

- fibromyalgie (M79.0);
- cervicalgies non irradiantes et non déficitaires dans le contexte d'une minime discopathie C4-C5 et protrusion postéro-latérale gauche à ce niveau;
- lombalgies communes non irradiantes et sans déficit neurologique dans le contexte d'une discrète discopathie L5-S1 et arthrose facettaire postérieure L4-L5 et L5-S1;
- douleurs des membres supérieurs sans substrat organique;
- obésité de classe I avec un BMI à 32,6 kg/m<sup>2</sup>;

- statuts après ablation d'un névrome de Morton et cure d'un hallux valgus gauche le 6 juin 2012.

Dans le cadre de la fibromyalgie, l'assurée présente les 18 points décrits par Smythe, en particulier des douleurs générales à prédominance axiale, une raideur matinale diffuse, des troubles digestifs de type diarrhées et intolérance médicamenteuse, une sensation de gonflement des mains, une fatigue et un mauvais sommeil. L'assurée ne présente toutefois aucun diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail.

La capacité de travail exigible retenue était de 100% dans l'activité de femme de ménage et dans toute autre activité. En effet, sur le plan rhumatologique, aucune limitation fonctionnelle n'a été retenue. La capacité de travail exigible était influencée par l'obésité. Cette surcharge pondérale avait un effet néfaste sur la colonne lombaire et les articulations des membres inférieures, notamment les pieds. L'examen clinique ne relevait donc aucune limitation articulaire à tous les niveaux, ni de déficit neurologique. Au niveau cervical et lombaire, les constats radiologiques sont compatibles avec le vieillissement et l'âge, et ne sont pas incapacitants. Il n'existe par ailleurs aucun élément clinique en faveur d'une tendinopathie du sus-épineux gauche ou d'une atteinte de la coiffe des rotateurs, comme attestées jusqu'alors. Sur le plan psychiatrique, l'examen clinique n'a démontré aucune pathologie psychiatrique aiguë ou chronique. La fibromyalgie n'était pas accompagnée d'une symptomatologie anxio-dépressive, d'un trouble de la personnalité ou de désinsertion sociale, de telle sorte qu'une incapacité de travail n'était pas justifiée.

10. Par projet de décision du 23 septembre 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Se fondant sur le rapport du SMR du 10 août 2015, il a considéré que l'assurée ne présentait aucune incapacité de travail tant psychique que physique au sens de l'assurance-invalidité.
11. Par pli du 30 octobre 2015, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a contesté ce projet de décision, en arguant que le refus de prestations reposait uniquement sur le rapport médical du SMR, alors même que l'assurée avait fait parvenir plusieurs certificats médicaux à l'OAI, attestant formellement de son incapacité de travail liée à des souffrances physiques et psychiques. L'assurée expliquait que ce rapport exprimait l'avis d'un médecin, salarié par l'assurance-invalidité, dont la mission était de soulager l'assurance sociale, et minimisait ainsi la gravité des conséquences de sa maladie. L'assurée joignait à sa contestation un rapport médical non daté établi par la Dresse C\_\_\_\_\_. Ledit rapport indiquait que l'incapacité de travail de l'assurée était due à des douleurs physiques diffuses au niveau des extrémités, du dos et de la région cervicale. Ces douleurs empêchaient l'assurée d'effectuer des gestes répétitifs, de porter des charges et d'effectuer des efforts impliquant les mouvements de rotation ou de flexion. Sur le plan psychiatrique, l'assurée souffrait également du trouble du sommeil, de concentration, de fatigue et des symptômes compatibles à un épisode dépressif moyen probablement réactionnel à ses

problèmes somatiques. La Dresse C\_\_\_\_\_ considérait que ces symptômes étaient incompatibles avec un emploi en tant qu'employée de maison, notamment chargée du ménage. Du reste, elle ne pouvait se prononcer sur la durée de l'incapacité de travail de sa patiente.

L'assurée communiquait également la décision du 16 juillet 2015 rendue par l'OCE, lui refusant les prestations de chômage ainsi que tout placement, en raison de son incapacité de travail. Elle a requis auprès de l'OAI un délai supplémentaire pour lui faire parvenir un nouveau rapport médical d'un spécialiste en rhumatologie, qu'elle devait consulter le jour-même.

12. Le 3 novembre 2015, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il procédait à un nouvel examen du dossier à la lumière des éléments avancés.
13. Le 1er décembre 2015, l'assurée a communiqué à l'OAI un rapport médical du docteur P\_\_\_\_\_, médecine interne et rhumatologie FMH, daté du 2 novembre 2015, à l'attention de son médecin traitant. Le praticien diagnostiquait une fibromyalgie. Il relevait que l'assurée présentait un tableau douloureux chronique diffus, touchant les quatre membres et le tronc. Ces douleurs, quotidiennes et fluctuantes en intensité, étaient accompagnées d'une importante asthénie et de troubles du sommeil. L'assurée a joint également un communiqué du Tribunal fédéral daté du 17 juin 2015 relatant un revirement de jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées, dont fait partie la fibromyalgie.
14. Dans un avis médical sur audition, daté du 16 décembre 2015, la Dresse Q\_\_\_\_\_, médecin SMR, a confirmé les conclusions retenues jusqu'alors, au motif que l'assurée n'amenait pas d'éléments objectifs rendant plausibles l'aggravation de son état de santé. Elle a rappelé que la fibromyalgie, n'ayant pas de caractère de sévérité pouvant être assimilé à un syndrome douloureux somatoforme persistant, avait été analysée par la Dresse M\_\_\_\_\_ dans son examen du 29 juillet 2015 sous l'angle des indicateurs du Tribunal fédéral du 3 juin 2015.
15. Par décision du 21 janvier 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision.
16. Le 23 février 2016, l'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours contre la décision du 21 janvier 2016, reçue le 25 janvier 2016, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, préalablement, à ce qu'il soit ordonné à l'OAI (ci-après l'intimé) de motiver sa décision. Subsidièrement, elle conclut à l'octroi d'une rente partielle d'invalidité et à une mesure de réadaptation professionnelle.
17. Dans sa réponse du 5 avril 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il relève que la décision litigieuse mentionnait les constatations faites lors de l'examen clinique rhumato-psychiatrique, ainsi que les constatations faites en procédure d'audition. L'assurée n'apportait aucun élément objectif qui n'aurait pas été pris en considération lors de l'examen clinique précité ou qui pourrait mettre en doute la

valeur probante dudit examen, de sorte que la décision litigieuse avait été suffisamment motivée.

18. Cette écriture a été communiquée à la recourante, qui a sollicité, le 28 avril 2016, la mise en oeuvre d'une expertise médicale judiciaire, de manière à établir la situation sur son état de santé.
19. Sur quoi, 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<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. 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.
3. L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.
4. 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).
5. a) 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).  
  
b) 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.

c) 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).

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).

6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 consid. 3.1.; 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 finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

7. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

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

8. 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.
9. Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a abandonné la présomption prévalant à ce jour, selon laquelle les symptômes du type trouble somatoforme douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement

exigible. Néanmoins, l'analyse doit tenir compte d'indicateurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (arrêt op.cit. consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2).

Dorénavant, la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de 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).

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).

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).

---

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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

11. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb).

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).

12. Selon l'art. 59 al.2<sup>bis</sup> LAI, les services médicaux régionaux sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses

---

travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. À cet égard, l'art. 49 RAI prévoit que les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (alinéa 1). Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (alinéa 2).

Cependant, l'on ne peut se baser sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux, soit en particulier, en prenant en compte l'anamnèse, en décrivant la situation médicale et ses conséquences; par ailleurs, les conclusions doivent être motivées (ATF 125 V 351). Il n'est toutefois pas nécessaire que l'assuré soit examiné par les médecins du SMR; ceux-ci ne le font que « au besoin » (49 al. 2 RAI). Dans les autres cas, ils se déterminent sur la base des pièces médicales au dossier. À cet égard, le fait qu'ils n'aient pas procédé à un examen médical n'est pas un motif pour remettre en question leur appréciation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009).

13. 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).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

14. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du

---

dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). 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).

15. En l'espèce, la recourante se plaint tout d'abord d'un défaut de motivation de la décision querellée en violation de l'art. 49 al. 3 LPGA. Selon elle, la décision ne fournit aucune indication sur les motifs du refus d'une prestation à l'assurance-invalidité, mais constate simplement sa capacité de travail. Elle reproche à l'OAI de reprendre l'avis du SMR exprimé dans le rapport du 10 août 2015 et de ne pas avoir tenu compte des divers rapports médicaux et attestations d'incapacité de travail qu'elle a fournis.

Selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst; RS 101) et l'art. 42 1<sup>er</sup> phrase LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, les parties ont le droit d'être entendues. En outre, à teneur de l'art. 49 al. 3 2<sup>ème</sup> phrase LPGA, les décisions doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation est également déduite de la jurisprudence sur le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst, afin que son destinataire puisse la comprendre et l'attaquer utilement s'il y a lieu, et que l'instance de recours, si elle est saisie, soit en mesure d'exercer pleinement son contrôle (ATF 129 I 232 consid. 3.2; ATF 126 I 97 consid. 2b; ATF 122 IV 8 consid. 2c).

En matière d'assurances sociales, on ne saurait fixer des exigences trop élevées en ce qui concerne la motivation des décisions, vu leur nombre important que les autorités compétentes sont appelées à rendre. La motivation des décisions peut dès lors se limiter à l'essentiel, mais celles-ci doivent rester compréhensibles pour les administrés. Il suffit d'indiquer brièvement les considérations qui ont guidé l'administration et sur lesquelles repose la décision (VSI 2001 114). Ainsi, si la motivation doit révéler les réflexions de l'autorité sur les éléments – de fait et de droit – essentiels qui ont influencé sa décision, l'autorité n'est cependant pas tenue de prendre position sur tous les faits, griefs et moyens de preuve invoqués par les parties, mais peut se limiter à ceux qui, sans arbitraire, lui apparaissent décisifs pour la solution de la cause (ATF 126 I 97 consid. 2b; ATF 112 Ia consid. 2b).

---

En l'espèce, pour motiver sa décision l'autorité intimée s'est basée sur les pièces du dossier et sur les rapports médicaux et attestations d'incapacité de travail versés à la procédure par la recourante. Elle a également soumis ces derniers rapports au SMR, qui s'est déterminé à leur sujet. Elle a en outre soumis la recourante à un examen clinique bidisciplinaire par les médecins du SMR, ayant pris position. Par ailleurs, le projet de décision du 23 septembre 2015 a fait l'objet d'une contestation datée du 30 octobre 2015, à laquelle était joint un rapport médical non daté de la Dresse C\_\_\_\_\_. Par la suite, la recourante a également adressé à l'OAI un rapport médical du Dr P\_\_\_\_\_. Ces deux rapports ont également été transmis au SMR, qui s'est prononcé à leur sujet en date du 16 décembre 2016. L'OAI a ainsi retenu que les appréciations du SMR emportaient sa conviction.

Bien qu'elle n'ait pas développé davantage les raisons de son choix, il est cependant aisé de suivre le raisonnement de l'autorité intimée. En effet, les médecins du SMR exposent de manière détaillée les raisons les ayant conduits à leurs appréciations et à se distancier de l'avis de leurs confrères. Dans la mesure où l'intimé fait siennes les conclusions desdits médecins, il énonce par là même les motifs pertinents qui l'ont guidé et sur lesquels repose sa décision. Par conséquent, ses explications sont suffisantes pour permettre à la recourante de saisir la portée de la décision entreprise. Preuve en est que celle-ci n'a d'ailleurs pas été empêchée de recourir en connaissance de cause. Par ailleurs, l'OAI n'est pas tenu de se déterminer sur tous les arguments de la recourante. Partant, mal fondé, ce grief doit être rejeté.

En outre, l'avis selon lequel l'intimé n'aurait pas tenu compte, dans sa prise de décision, des rapports médicaux et attestations d'incapacité de travail, ne saurait être davantage suivi, puisque lesdits documents figurent bel et bien dans le bordereau de pièces versé à la procédure par l'OAI ainsi que dans le rapport du 11 août 2015 des médecins du SMR, qui les évaluent et analysent.

16. a) En l'occurrence, l'intimé considère que la recourante ne présente ni limitation fonctionnelle, ni incapacité de travail, quelle que soit l'activité déployée. Il se base pour cela sur le rapport médical établi en date du 10 août 2015 par les médecins du SMR.

La recourante a fait l'objet d'un examen clinique bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique par la Dresse M\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, et le Dr N\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, tous deux médecins du SMR. Les médecins du SMR posent les diagnostics de fibromyalgie, de cervicalgies non irradiantes et non déficitaires dans le contexte d'une minime discopathie C4-C5 et protrusion postéro-latérale gauche à ce niveau, de lombalgies communes non irradiantes et sans déficit neurologique dans le contexte d'une discrète discopathie L5-S1 et arthrose facettaire postérieure L4-L5 et L5-S1, de douleurs des membres supérieurs sans substrat organique, d'obésité de classe I avec un BMI à 32,6 kg/m<sup>2</sup> et du status après ablations d'un névrome de Morton et cure d'un hallux valgus gauche le 6 juin 2012. Les médecins du SMR confirment que les diagnostics précités sont sans

répercussion sur la capacité de travail et retiennent une capacité de travail exigible de 100% dans l'activité de femme de ménage et dans toute autre activité.

Sur le plan rhumatologique, aucune limitation fonctionnelle n'a en effet été retenue. L'incapacité de travail attestée par la Dresse C\_\_\_\_\_ est influencée par l'obésité présente chez la recourante. Cette surcharge pondérale a un effet néfaste sur la colonne lombaire et les articulations des membres inférieures. Afin de pallier cet effet, il est aisément exigible de la recourante qu'elle réduise son poids dans le cadre d'un reconditionnement musculaire du caisson abdominal avec enseignement des mesures ergonomiques. Au niveau cervical et lombaire, les constats radiologiques dont se prévaut la recourante sont compatibles avec le vieillissement de l'âge. L'examen clinique effectué par les médecins du SMR n'a révélé aucune limitation articulaire, ni de déficit neurologique. Aucune tendinopathie du sus-épineux gauche ou d'une atteinte de la coiffe des rotateurs n'a d'ailleurs été observée. Aucun symptôme incapacitant ne peut dès lors être retenu. Les médecins du SMR reconnaissent des courtes périodes d'incapacité de travail qui ne dépassent pas un mois pour l'atteinte à l'épaule gauche en février 2013 et d'une semaine pour les cervicalgies ou les lombalgies, périodes généralement suffisantes pour atténuer les douleurs avec un traitement conservateur.

Sur le plan psychiatrique, l'examen clinique n'a mis en évidence aucune pathologie psychiatrique aiguë ou chronique. Le diagnostic d'état dépressif retenu par la Dresse C\_\_\_\_\_ n'a pas été objectivé lors de l'examen clinique. La psychiatre du SMR retient qu'il est possible que la recourante ait pu développer une symptomatologie dépressive ou simplement une humeur dépressive, qui est en rémission complète, suite à ses douleurs chroniques persistantes. Toutefois, cela ne saurait en l'occurrence constituer une comorbidité psychiatrique autonome du trouble douloureux. La fibromyalgie n'est dès lors pas accompagnée d'une symptomatologie anxio-dépressive, d'un trouble de la personnalité ou de désinsertion sociale, de telle sorte qu'une incapacité de travail n'est pas justifiée.

Force est de constater que le rapport des médecins du SMR du 10 août 2015 comporte une anamnèse complète et détaillée, un résumé du dossier, l'historique médical ainsi qu'une description des plaintes subjectives de l'assurée. Les médecins du SMR ont procédé à des constatations cliniques, les ont résumées, ils ont décrit clairement les interférences médicales et expliqué pour quelles raisons ils ont retenu ou écarté des diagnostics. Leurs appréciations ne contiennent pas de contradiction. Ledit rapport se fonde en outre sur l'étude du dossier médical complet tenant compte des divers rapports médicaux. Ils ont en définitive posé leurs diagnostics après des examens cliniques minutieux et leurs conclusions sont claires et motivées, contenant une appréciation complète et détaillée du cas. Aucun indice concret ne permet dès lors de mettre en cause leur bien-fondé.

Partant, une pleine valeur probante doit être attribuée à l'examen du SMR qui répond aux réquisits jurisprudentiels.

b) En sus des rapports médicaux figurant au dossier, la recourante a produit un rapport médical du Dr P\_\_\_\_\_ daté du 2 novembre 2015. Ce médecin retient, tout comme les médecins du SMR, le diagnostic de fibromyalgie, mais ne s'exprime pas sur la capacité de travail de la recourante. En revanche, il retient de meilleures amplitudes sur le plan physique que celles objectivées par les médecins du SMR. Il convient au surplus de constater que ledit rapport n'est pas exhaustif. En effet, il ne comporte notamment pas une anamnèse complète de la recourante et n'établit pas une analyse du dossier entier. Force est de constater que ledit rapport ne peut remettre en cause les conclusions du SMR.

c) La Dresse C\_\_\_\_\_, médecin traitant de la recourante, retient, outre la présence d'une fibromyalgie, un état dépressif moyen.

On relèvera tout d'abord que la Dresse C\_\_\_\_\_ n'a pas les qualifications d'un psychiatre et son appréciation n'est que très peu motivée. Or, à l'issue d'une analyse complète et détaillée, la Dresse M\_\_\_\_\_, psychiatre SMR, n'a mis en évidence aucune symptomatologie anxio-dépressive, d'un trouble de la personnalité ni de contrainte sociale. Le pronostic à moyen et long terme étant favorable, aucune limitation fonctionnelle psychiatrique à caractère incapacitant ne peut être retenue. Sans antécédents psychiatriques, la recourante consulte certes une psychologue, mais un éventuel état dépressif n'a, à aucun moment, été attesté par un psychiatre. Au moment de l'examen clinique réalisé par le SMR, la recourante avait arrêté tout traitement psychotrope. Un traitement de Surmontil a été introduit par le Dr P\_\_\_\_\_ en novembre 2015, à raison de 3 à 5 gouttes le soir au coucher. Outre le fait que ce traitement médicamenteux a été prescrit par un médecin rhumatologue, non spécialisé en psychiatrie, il ne servait qu'à diminuer l'intensité des douleurs physiques ainsi que les troubles du sommeil de la recourante. Il convient de conclure à l'absence de gravité de la pathologie psychique dont se prévaut la recourante.

Enfin, dans son rapport médical AI du 20 janvier 2015, la Dresse C\_\_\_\_\_ fait état de deux chocs émotionnels qu'aurait connu la recourante en avril et mai 2013. Or, aucune précision n'est fournie à l'appui de ce fait, au demeurant non évoqué lors de l'examen du SMR, et les éventuelles répercussions psychologiques sur la santé de la recourante. Dans tous les cas, cet élément n'est pas invalidant, était donné que le SMR n'en fait pas état.

d) La recourante reproche à l'intimé de s'être fondé sur le rapport du 10 août 2015 des médecins du SMR, sans tenir compte de la jurisprudence récente du Tribunal fédéral et des nouveaux indicateurs relatifs à l'évaluation du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, applicables à la fibromyalgie.

Dès lors que le diagnostic de fibromyalgie a été émis par les médecins du SMR ainsi que la Dresse C\_\_\_\_\_, médecin traitant, et le Dr P\_\_\_\_\_, il y a lieu d'examiner l'incidence de cette affection sur la capacité de travail de la recourante,

sur la base des indicateurs retenus dans la récente jurisprudence du Tribunal fédéral.

Il n'est pas contesté que la nouvelle jurisprudence doit trouver ici application dans la mesure où la décision querellée est postérieure à l'arrêt de principe du Tribunal fédéral du 3 juin 2015 (9C\_492/2014).

Se pose dès lors la question de savoir si une expertise complémentaire psychiatrique est nécessaire. Tel ne sera pas le cas si le rapport médical déjà rendu permet de déterminer si la fibromyalgie est invalidante au regard des nouveaux critères jurisprudentiels.

La fibromyalgie n'est pas contestée par les médecins du SMR, mais elle n'entraîne, à leur sens, pas de limitations fonctionnelles, de sorte que la capacité de l'assurée à accomplir une activité dans tous domaines confondus est préservée. Les médecins du SMR ont dès lors retenu une capacité de travail exigible à 100%, contrairement à la Dresse C\_\_\_\_\_ qui a retenu une incapacité de travail à 100%.

En ce qui concerne le traitement, l'état dépressif moyen n'a nécessité ni prise en charge psychiatrique ni hospitalisation dans un établissement dédié. Les traitements antidépresseurs, notamment le Cymbalta et le Valdoxan, ont été prescrits à la recourante par le médecin traitant mais arrêtés en début d'année 2015 suite à une intolérance. Par la suite, le Dr P\_\_\_\_\_ a prescrit un traitement de Surmontil afin d'atténuer les douleurs physiques et d'améliorer les troubles du sommeil de la recourante. Il convient donc de conclure à l'absence de gravité de la pathologie psychique dont se prévaut la recourante. La recourante possède par ailleurs de bonnes ressources d'adaptation au changement et assume les responsabilités de la vie quotidienne, sans qu'elle soit entravée par ses douleurs chroniques.

L'examen clinique effectué par les médecins du SMR n'a relevé par ailleurs aucun trait de personnalité pathologique. La recourante ne souffre d'aucun trouble de la mémoire, de la concentration, de l'attention ou de ralentissement psychomoteur. La recourante était ouverte au contact avec les médecins du SMR. Aucun signe de la lignée dépressive en faveur d'un diagnostic de dépression majeure ou d'angoisse persistante n'a été objectivé. L'examen clinique n'a pas non plus objectivé de symptôme en faveur d'un syndrome douloureux somatoforme persistant.

L'environnement social de la recourante peut être qualifié de normal. Dans les activités ménagères, elle bénéficie du soutien de son mari et de sa fille ainsi que d'une aide-ménagère. Elle assume les responsabilités de la vie quotidienne et entretient ses relations amicales. La recourante ne présente ainsi pas de retrait social apparent. S'agissant de ses loisirs, elle continue notamment à faire de la broderie à la machine.

Quant au poids de la souffrance, force est de constater que les plaintes de la recourante contrastent avec les constatations objectives de l'examen clinique, n'ayant objectivé aucune limitation fonctionnelle.

Force est de constater que le rapport des médecins du SMR du 10 août 2015 est cohérent avec l'analyse qui précède et l'on ne saurait suivre l'avis de la recourante prétendant que les nouveaux indicateurs découlant de la jurisprudence du Tribunal fédéral n'ont pas été retenus.

On précisera encore que la Dresse C\_\_\_\_\_, dans son rapport médical AI du 20 janvier 2015, a déclaré que la reprise d'un travail à un taux de 50% à 75% était possible dans une activité sédentaire en position assise, sans élévation des bras, sans déplacements d'objets lourds et sans contrainte pour le rachis. Ces éléments corroborent avec le fait que la recourante dispose de ressources personnelles préservées et qu'une capacité de travail est exigible.

Par conséquent, la chambre des ceans n'a aucune raison de s'écarter des conclusions du rapport du 10 août 2015 des médecins du SMR. Ce document permet de forger une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de troubles somatoformes douloureux, applicables à la fibromyalgie. C'est donc à bon droit que l'intimé a rejeté la demande de prestations, faute d'atteinte à la santé justifiant une diminution de sa capacité de travail de longue durée.

17. La recourante se plaint en outre que le rapport des médecins du SMR du 10 août 2015 ne saurait être suffisant pour fonder la décision litigieuse en raison du manque d'impartialité. Or, lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3).

En l'espèce, la recourante ne fait pas mention de tels éléments, puisqu'elle se limite pour l'essentiel à faire part de son désaccord avec le contenu de l'examen clinique et à substituer sa propre vision des faits, sans faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction. Sans éluder l'existence d'une symptomatologie anxio-dépressive, les médecins du SMR ont cependant expliqué les raisons pour lesquelles ils ne retenaient pas de diagnostics spécifiques dans la lignée anxio-dépressive. Ils retiennent qu'il est possible que la recourante ait pu développer une symptomatologie dépressive ou simplement une humeur dépressive, qui est en rémission complète, suite à ses douleurs chroniques persistantes, ce qui est souvent constaté en pratique. Toutefois, cela ne saurait en l'occurrence constituer une comorbidité psychiatrique autonome du trouble douloureux.

Ainsi, le simple fait que les médecins du SMR sont liés par un rapport de travail ne permet pas à lui seul de douter de l'objectivité de leurs appréciations ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré, dès lors que leurs conclusions sont convaincantes.

Le dossier médical de la recourante comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs. Par conséquent, il n'est pas nécessaire de renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, dès lors que le rapport médical complet des médecins du SMR remplit les critères jurisprudentiels relatifs à la valeur probante. De même, aucune raison ne justifie la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, étant donné que les aspects médicaux du cas sont clairs.

18. Enfin, la recourante réclame, à titre subsidiaire, l'octroi d'une mesure de réadaptation professionnelle.

Selon l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGGA) ont droit à des mesures de réadaptations pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

En l'espèce, la recourante a une pleine capacité de travail dans l'activité exercée auparavant, à savoir celle de femme de ménage, ainsi que dans toute autre activité. Il appert ainsi d'emblée que des mesures de réadaptation professionnelles ne sont pas nécessaires en l'absence d'une perte de gain. Ainsi, les conditions légales pour l'octroi d'une telle prestation ne sont pas remplies.

19. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, est rejeté.
20. La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGGA).
21. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGGA, la procédure en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI n'est pas gratuite. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre CHF 200.- et CHF1'000.- (art. 69 al. 1bis LAI).

Au vu du sort du litige, l'émolument, fixé à CHF 200.-, est mis à la charge de la recourante.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

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