

GE_GERICHTE ATAS/279/2016 vom 12. April 2016

GE Cour de justice, 2016-04-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_279_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/279/2016 du 12 avril 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/279/2016 del 12 aprile 2016

Erwägungen

E. 1

a. 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), 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

E. 6

a. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans

A/2235/2015 - 19/31 - condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1 et les références). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale, respectivement de la dernière révision de la rente entrée en force, et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5.2). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9 consid. 6.1). En effet, s'il existe un motif de révision, l'administration doit selon la pratique actuelle du Tribunal fédéral examiner le droit à la rente sous tous ses aspects de fait et de droit sans être liée par les appréciations précédentes (ATF 141 V 9 consid. 2.3; 117 V 198 consid. 4b). Il n'est pas nécessaire que la modification de l'état de fait conduise déjà à une nouvelle fixation de la rente d'invalidité ; au contraire, il peut apparaître lors de l'examen approfondi qu'un autre élément du droit conduise à une augmentation, une réduction ou à une suppression de la rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2014 consid. 4.2). Un changement de jurisprudence n'est

pas un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA. En droit des assurances sociales, un changement de jurisprudence ne peut qu'exceptionnellement conduire à la révocation d'une décision, même si cette décision est assortie d'effets durables (notamment si elle concerne des prestations périodiques). Il faut que la nouvelle jurisprudence ait une telle portée générale qu'il serait contraire au droit à l'égalité de ne pas l'appliquer dans tous les cas, en particulier en maintenant une ancienne décision pour un seul assuré ou un petit nombre d'assurés. Si cette condition est remplie, la modification n'aura, en règle ordinaire, des effets que pour l'avenir. Cette pratique restrictive vaut en tout cas lorsque l'application d'une jurisprudence nouvelle s'opérerait au détriment du justiciable (cf. ATF 129 V 200 consid. 1.2). b. En l'espèce, les experts de la CRR et, à leur suite, l'intimé paraissent mettre en doute que le droit de la recourante à une rente d'invalidité a fait l'objet d'un examen attentif lors des deux précédentes procédures de révision, en 2007 et 2010. Selon le rapport d'expertise du 3 février 2015, il avait été reconduit sur la base de rapports psychiatriques succincts, sans qu'aucun élément nouveau ne ressorte des rapports sur le plan somatique.

A/2235/2015 - 20/31 - En 2007, l'intimé s'est contenté de solliciter un rapport médical du médecin traitant de la recourante, la Dresse C_____, qui est médecin généraliste (et non rhumatologue), et de la psychiatre des HUG qui suivait la recourante, la Dresse P_____. Il n'a pas exigé d'autres rapports ni ordonné d'expertise, quand bien même, dans son rapport du 24 février 2007, ladite généraliste indiquait que l'état de santé de la recourante s'était aggravé mais ne citait plus la fibromyalgie au nombre des diagnostics qu'elle mentionnait, et préconisait un examen médical complémentaire, tandis que la psychiatre, dans son rapport du 1er mars 2007, disait l'état de santé de la recourante stationnaire et énumérait des diagnostics (dont la fibromyalgie) dans une perspective paraissant davantage historique que fondée sur une appréciation actualisée de la situation (même si, il est vrai, elle avait vu la recourante le jour même de l'établissement de son rapport). En 2010, l'intimé a recueilli les avis du nouveau médecin traitant de la recourante, la Dresse Q_____, elle aussi généraliste, et à nouveau de la psychiatre Dresse P_____. La Dresse Q_____ lui avait simplement indiqué, le 17 juin 2010, que l'incapacité de travail (« l'inaptitude AI ») de la recourante avait été « posée par un rhumatologue pour une fibromyalgie, et non par (elle) », ajoutant qu'elle ne suivait pas la recourante pour ce problème de santé et ne pouvait pas se prononcer sur ce sujet. La Dresse P_____ a indiqué succinctement, le 23 juin 2010, que l'état de santé de la recourante était stationnaire et qu'il n'y avait pas de changement dans les diagnostics (dont celui de fibromyalgie). Compte tenu du caractère relativement sommaire de l'examen matériel du cas de la recourante qui est intervenu en 2007 et 2010, il y aurait de quoi s'interroger sur le point de savoir si, pour déterminer si un changement notable des circonstances s'est produit, l'état de fait prévalant lors de la troisième procédure de révision doit être comparé à celui qui se présentait au moment de la décision initiale, en 2004, ou lors des deux précédentes procédures de révision, en 2007 et en 2010. Cette question peut cependant rester ouverte, dès lors qu'à la suite des experts de la CRR (faute de données suffisantes sur l'anamnèse et la description du status de la recourante pour la période antérieure), l'intimé n'a pas situé l'amélioration sensible de l'état de santé de la recourante à une date antérieure à celle de l'expertise de la CRR. Autrement dit, le bien-fondé des communications des 6 mars 2007 et 28 juin 2010, maintenant le degré d'invalidité de la recourante à 75 %, n'est pas remis ni à remettre en question. c. Le caractère succinct de l'examen matériel du cas de la recourante en 2007 et en 2010 constituait en revanche un motif suffisant de ne pas attendre les trois ans habituels avant d'entamer une nouvelle procédure de révision, dont l'objectif n'était pas – contrairement à

ce que prétend la recourante – d’obtenir, de façon préconçue, une nouvelle appréciation de son cas en l’absence de modification sensible de son état de santé ou de sa capacité de travail et de gain. Même s’il n’a alors pas requis l’avis de la psychiatre de la recourante, l’intimé ne pouvait qu’être conforté dans sa perception de la nécessité de soumettre cette

A/2235/2015 - 21/31 - dernière à une expertise pluridisciplinaire, dès lors que, dans son rapport du 15 août 2012, la généraliste la traitant n’a mentionné les cervico-dorso-lombalgies (plus précisément une hernie discale L5-S1 gauche) plus que comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail, et qu’elle émettait un pronostic « bon si repos ». Il n’en faut pas moins déterminer si le rapport d’expertise du 3 février 2015 des médecins de la CRR permettait à l’intimé de retenir que la recourante avait recouvré une pleine capacité de travail dans toute activité dès janvier 2015 et, en conséquence, qu’elle n’était plus invalide et n’avait donc plus droit à une rente d’invalidité.

E. 7

a. Est réputée invalidité, l’incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d’une infirmité congénitale, d’une maladie ou d’un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). L’incapacité de gain représente quant à elle 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu’elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 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 (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l’invalidité, qui substitue la capacité de travail à la capacité de gain ; est déterminant l’empêchement, causé par l’atteinte à la santé, d’accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l’éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l’art. 5 al. 1 LAI). b. La notion d’invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est en tout état 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 pas à elle seule déterminante ; elle n’est 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 ; Pierre-Yves GREBER, L’assurance- vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL- WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, n. 156 ss, 160 ss). Si l’invalidité est une notion juridique mettant l’accent sur les conséquences économiques d’une atteinte à la santé, elle n’en comprend pas moins un aspect médical, puisqu’elle doit résulter d’une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu’ils puissent se prononcer sur l’existence et la mesure d’une invalidité, que l’administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d’autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l’état de

A/2235/2015 - 22/31 - santé de l’assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l’assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, 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). c.

Sans remettre en cause la liberté d'appréciation revenant à l'administration et, sur recours, au juge (art. 61 let. c in fine LPGA ; art. 20 al. 1 phr. 2 LPA), le Tribunal fédéral a établi des règles sur la portée probatoire des divers types de rapports médicaux. c/aa. 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 du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). c/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 permette 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales, et ils ne sont pas dépourvus de toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C_274/2015 du 4 janvier 2016 consid. 4.1.2 ; 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). On ne peut cependant se fonder sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux. Il faut en particulier qu'elle prenne en compte

A/2235/2015 - 23/31 - l'anamnèse, décrive la situation médicale et ses conséquences, et que ses conclusions soient motivées. Les médecins du SMR doivent également disposer des qualifications personnelles et professionnelles requises par le cas (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_323/2009 consid. 4.3.1 et les références citées). Il convient en général de se montrer réservé par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (arrêts du Tribunal fédéral 9C_310/2015 du 15 janvier 2016 consid. 6.2 ; 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin-traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). c/cc. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas

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. À 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 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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). De même, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

A/2235/2015 - 24/31 -

E. 8

a. En l'espèce, le rapport d'expertise du 3 février 2015 de la CRR émane de quatre médecins spécialistes respectivement en médecine interne générale, en neurologie, en psychiatrie et psychothérapie et en rhumatologie, soit dans quatre disciplines médicales dont il n'est pas contestable ni contesté qu'elles sont celles qui doivent permettre d'appréhender l'entier de la situation de la recourante. Cette dernière n'a fait valoir aucun motif de récuser lesdits experts, et elle n'a pas proposé de questions à leur poser en complément à celles de l'intimé. b. D'un point de vue formel, ledit rapport apparaît complet, en tant que, de façon détaillée, il comporte un résumé du dossier de la recourante, relate les données fournies par cette dernière, énonce les données objectives, pose les diagnostics, fait une appréciation de son cas et répond aux questions du mandat d'expertise. c. La chambre de céans relève qu'au chapitre de l'appréciation du cas, les experts apparaissent avoir quelque peu escamoté les faits, en indiquant qu'après avoir changé d'activité du fait d'un eczéma de contact, la recourante avait pu, après trois ans d'interruption de son activité de coiffeuse, reprendre l'activité de vendeuse de parfumerie en pharmacie, qu'elle avait interrompue après une année, en 1998, pour ne plus jamais exercer d'activité professionnelle, ainsi qu'en retenant que son incapacité de travail avait à l'époque été attestée sur la seule base de plaintes douloureuses, « rapidement étiquetées fibromyalgie par son rhumatologue et son médecin traitant », dans le contexte d'une existence personnelle difficile, et que le droit à la rente avait été admis sur la base d'un degré d'invalidité de 75 % à la suite d'une expertise réalisée en 2003, contestée par le

médecin de l'AI, alors qu'une dégradation transitoire de l'humeur mais aussi une perspective d'amélioration étaient évoquées. La réalité était qu'après avoir été en incapacité totale de travailler du 25 mars au 23 août 1998, la recourante avait repris son activité de vendeuse en parfumerie à la Pharmacie F _____ à 50 % dès le 24 août 1998 et qu'elle y avait travaillé en cette qualité jusqu'au 9 février 2000. Le fait qu'elle ait exercé son activité professionnelle à temps partiel durant un an et demi de plus que ne l'ont indiqué les experts ne constitue cependant pas un argument susceptible en lui-même de remettre leurs conclusions en cause. Il faut toutefois rétablir l'exactitude des faits également en rappelant qu'en 1998 l'incapacité (totale ou partielle) de travail de la recourante était attestée par le médecin traitant de cette dernière, la Dresse C _____, sur la base, cumulativement, de plusieurs diagnostics dont rien n'autorise à retenir qu'ils étaient posés uniquement au vu des plaintes de la recourante, à savoir des cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne cervico-dorso-lombaire et sur tassement au niveau D7, des lombalgies aiguës sur probable instabilité lombaire – spondylolyse bilatérale au niveau L5, provoquant un antélisthesis de L5 sur S1 degré I, une fibromyalgie, un état anxio-dépressif chronique, des malaises sur hypotension orthostatique et sur hypoglycémie, des

A/2235/2015 - 25/31 - céphalées chroniques sur sinusite maxillaire, une suspicion de TVP du MID, un kyste ovarien gauche, des épigastralgies sur gastrite aiguë, et un eczéma d'origine atopique au niveau des mains. Quant au rhumatologue s'étant exprimé notamment sur ce point, en 2000, il a attesté que la recourante souffrait alors notamment d'un syndrome douloureux chronique correspondant aux critères de la fibromyalgie, diagnostic qu'a aussi retenu l'experte psychiatre I _____, dans son rapport du 7 février 2003, de même que ladite experte psychiatre et le Dr K _____, 1er chef de clinique au département de psychiatrie des HUG, dans leur rapport co-signé du 16 juin 2003 (étant au demeurant précisé que la contestation que le médecin de l'AI avait émise à propos du rapport précité du 7 février 2003 n'avait tenu qu'au fait que ce rapport ne comportait que la signature de la Dresse I _____ et quelques défauts de présentation). d. Par ailleurs, il est vrai que ni les experts de la CRR, ni l'intimé n'ont expliqué, respectivement dans le rapport d'expertise de synthèse du 3 février 2015 et ses écritures dans la présente cause, pourquoi ledit rapport de synthèse indiquait que le diagnostic de fibromyalgie n'était soutenu que par « la présence de quelques points de fibromyalgie », alors que l'experte rhumatologue W _____ retenait dans son propre rapport du 15 janvier 2015 accompagnant ledit rapport de synthèse, que la recourante remplissait « tant les anciens que les nouveaux critères ACR de la fibromyalgie » et que, dans son cas, on « retrouv(ait) ainsi de nombreux points de fibromyalgie ». Il faut cependant relever qu'en matière de fibromyalgie, le rhumatologue a pour mission d'établir s'il y a un substrat aux douleurs dont l'assuré se plaint, autre que les réactions attestant de douleurs à la palpation, mais qu'ensuite, en l'absence d'un tel substrat (qui, précisément, justifie l'assimilation de la fibromyalgie aux troubles somatoformes douloureux [ATF 132 V 65 consid. 3 et 4.1]) mais en présence de telles douleurs, il revient au psychiatre de déterminer si et dans quelle mesure ce syndrome peut être surmonté par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le défaut d'explication précité ne suffit dès lors pas à dénier toute force probante au rapport d'expertise de la CRR, d'autant plus que – comme cela sera repris plus loin – l'expert psychiatre, le Dr V _____, et avec lui les autres experts dans leur rapport de synthèse, ont posé le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant, lui déniaient en revanche une répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Force est toutefois de dire que ce défaut d'explication, sinon cette contradiction entre le rapport

d'expertise rhumatologique et le rapport de synthèse, affaiblit un peu la force probante dudit rapport d'expertise de synthèse et, partant, les conclusions de ce rapport, en tant qu'elle constitue un indice de sous-estimation de l'intensité du trouble considéré. e. Il ne s'ensuit pas qu'une amélioration de l'état de santé de la recourante, du moins à partir de janvier 2015, soit en contradiction avec les pièces du dossier.

A/2235/2015 - 26/31 - En effet, l'experte psychiatre I _____ précisait déjà, dans son rapport du 7 février 2003, qu'on pouvait s'attendre à une rémission partielle des symptômes liés à la fibromyalgie. Le 17 juin 2010, la généraliste traitante de la recourante, la Dresse Q _____, avait précisé ne pas suivre cette dernière pour une fibromyalgie, dont le diagnostic avait été posé en 2000 par un rhumatologue (le Dr G _____), et le 15 août 2012, tout en posant (ou plutôt rappelant) notamment le diagnostic incapacitant de fibromyalgie, elle n'attribuait plus d'effet sur la capacité de travail à celui de hernie discale L5-S1 et qualifiait le pronostic de « bon si repos ». De plus, selon l'attestation du 16 juin 2015 de ladite généraliste, la recourante se portait assez bien sur le plan somatique, ses crises de fibromyalgie étaient peu fréquentes, et sa capacité de travail était limitée (dans une mesure à redéfinir avec son psychiatre). D'après ce qu'a écrit la psychiatre traitante de la recourante, la Dresse P _____, dans son rapport du 17 juin 2015, l'évolution de l'état de santé de la recourante avait été en dents de scie jusque vers 2010, puis avait été plus stable, même si la symptomatologie anxieuse et douloureuse restait en évidence et de niveau important. Une amélioration de l'état de santé de la recourante et, partant, possiblement de sa capacité de travail et de gain apparaît indéniable. f. Il y a divergence entre les experts et les deux médecins traitants précités de la recourante sur la diminution de la capacité de travail de cette dernière. Les experts estiment la recourante pleinement capable de travailler dans l'activité antérieure de vendeuse de produits cosmétiques, ainsi que – sauf à respecter ses limitations fonctionnelles – dans un autre secteur de vente, voire toute autre activité. Ils n'en reconnaissent pas moins que la recourante est atteinte dans sa santé, puisqu'ils posent les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques non spécifiques (M54.5) avec spondylose de L5 bilatérale (M43.06), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de dysthymie (F43.1), d'éperon calcanéen à droite (M77.3), de hallux rigidus bilatéral (M20.2), de céphalées de tension épisodiques (G44.2) et de migraines sans aura (G43.9). De leur côté, la Dresse Q _____ apparaît reconnaître une capacité de travail partielle à la recourante, et la Dresse P _____ voit en l'état et à vue humaine dans son trouble anxieux et dépressif mixte et sa fibromyalgie un obstacle infranchissable à une reprise du travail, même à temps partiel. Ces divergences pourraient être écartées sans grande hésitation, au profit de l'appréciation des experts, par référence à la valeur de principe d'une expertise par rapport aux avis médicaux ou rapports de médecins traitants, si – conditions à considérer cumulativement – le rapport d'expertise de synthèse précité, nonobstant son caractère par ailleurs complet, n'était pas affecté du défaut d'explication précité, voire de la contradiction précitée quant à l'intensité de la fibromyalgie de la recourante – sujet qui représente un point litigieux important dans la présente

A/2235/2015 - 27/31 - cause –, s'il était plus détaillé sur les interférences médicales entre les atteintes à la santé admises – tout de même nombreuses –, si les limitations fonctionnelles reconnues à la recourante (à savoir n'avoir pas à porter des charges supérieures à 5 kg ni à faire des mouvements du tronc en porte-à-faux) n'étaient pas concrètement moins anodines que leur seule énumération ne le laisse penser, si la frontière entre des atteintes à la santé incapacitantes et celles qui ne le sont pas n'était pas tenue dans

un tel complexe d'atteintes à la santé, et s'il n'était pas étonnant qu'un assuré pût passer en un si bref délai (ici, en janvier 2015) d'une totale incapacité de travail à une pleine capacité de travail. g. La question peut en l'occurrence rester ouverte de savoir si ces circonstances amoindrissant la force probante dudit rapport d'expertise – et auxquelles peut s'ajouter la question de l'inopportunité, sinon de la carence d'avoir rendu ce rapport d'expertise sans disposer d'examen radiologiques récents – suffisent à justifier un complément d'expertise, sinon à en écarter les conclusions.

E. 9

a. Ainsi qu'ils y avaient été logiquement invités par l'intimé (conformément à la jurisprudence prévalant encore lorsqu'ils ont reçu le mandat d'expertise, et même lorsqu'ils ont rendu leur rapport), les experts ont évalué le caractère invalidant ou non du trouble somatoforme douloureux reconnu à la recourante au regard de critères qui ont été modifiés ou dont l'importance respective a été modifiée dans l'intervalle par le Tribunal fédéral, à savoir la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée, l'existence d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable ou d'affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art en dépit de l'attitude coopérative de l'assurée, l'existence – en cas de comorbidité psychiatrique – d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution des conflits mais apportant un soulagement du point de vue psychique. Les experts ont en effet estimé qu'au vu des plaintes douloureuses chroniques de la recourante, associées à quelques signes évocateurs de fibromyalgie (ayant possiblement été sous-estimés quant à leur nombre et leur intensité, sied-il de rappeler), il se justifiait de retenir un trouble somatoforme douloureux, mais ils ont aussitôt ajouté, au demeurant sans motiver leur appréciation de façon approfondie sur ce point important, que ce trouble ne réunissait pas l'ensemble des critères de gravité et ne s'accompagnait pas d'une comorbidité psychiatrique incapacitante, si bien qu'il ne pouvait être reconnu comme incapacitant. Ils se sont manifestement appuyés sur la présomption d'absence, en règle générale, d'effet incapacitant d'un tel trouble. b. Or, selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281), il n'y a plus de présomption selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 ; 131 V 49 ; 130 V 352). Désormais, la capacité de travail

A/2235/2015 - 28/31 - réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. b/aa. Les indicateurs relevant de la « gravité fonctionnelle » représentent l'instrument de base de l'analyse. Il faut s'attacher en premier lieu aux atteintes à la santé. Il s'agit d'examiner les éléments pertinents pour le diagnostic et voir si leur degré de gravité est rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante. Le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers sont des indicateurs importants pour apprécier le degré de

gravité de la pathologie. La comorbidité psychiatrique ne joue plus un rôle prépondérant, 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 dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, et doit être pris en considération dans l'approche globale. Il faut ensuite accorder une importance accrue au complexe de la personnalité de l'assuré, au développement et à la structure de sa personnalité, à ses fonctions psychiques fondamentales. Il y a lieu également de recenser et évaluer les ressources mobilisables de l'assuré. b/bb. Les déductions tirées des indicateurs précités doivent ensuite être soumises à un examen de cohérence au regard des indicateurs liés au comportement de l'assuré. Il s'agit d'examiner si l'assuré est limité de manière semblable par sa pathologie dans les divers domaines de sa vie, en particulier dans son activité professionnelle, l'exécution de ses travaux habituels et les autres activités (par exemple les loisirs), si possible en comparant le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé. Il faut aussi s'intéresser à la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou négligés, pour déterminer le poids effectif de la souffrance, en veillant cependant à discerner le cas échéant si un refus ou une mauvaise acceptation d'un traitement recommandé est ou non une conséquence inévitable d'une anosognosie.

A/2235/2015 - 29/31 - c. Contrairement à l'avis de l'intimé sur ce point, la nouvelle jurisprudence sur les troubles somatoformes et affections psychosomatiques assimilées est applicable au cas d'espèce, dès lors que la décision de l'intimé n'a pas acquis force de chose décidée, nonobstant le retrait de l'effet suspensif dont l'intimé l'a assortie. Sans doute un changement de jurisprudence n'est-il un motif ni de révision, ni de reconsidération et ne déploie, en règle ordinaire, des effets que pour l'avenir (ATF 141 V 39 consid. 5 ; 119 V 413 consid. 3a et les références). Il ne s'agit toutefois pas ici de réviser ou reconsidérer une décision entrée en force, mais d'appliquer la nouvelle jurisprudence à un cas non tranché définitivement du fait qu'un recours a été interjeté en temps utile contre la décision rendue. d. En l'espèce, le caractère non invalidant du trouble somatoforme douloureux de la recourante a été davantage affirmé que démontré dans le cadre d'une approche englobant toutes les affections dont elle souffre, intégrant une analyse de sa personnalité et évaluant ses ressources et ses possibilités de les mettre à profit. L'importance accordée à une absence de comorbidité psychiatrique incapacitante ne s'accorde pas avec les exigences de la nouvelle jurisprudence, au regard de laquelle il s'impose par ailleurs d'effectuer une appréciation plus développée de la mesure dans laquelle la recourante a mis à profit ou négligé les traitements lui ayant été prescrits et le cas échéant des raisons d'un refus ou d'une mauvaise acceptation de tels traitements. Il s'impose que les experts ayant rendu les expertises ayant servi de base à la prise de la décision attaquée soient invités à compléter leur appréciation au regard des indicateurs établis par le Tribunal fédéral, de même que, préalablement, leurs investigations dans la mesure utile, en remédiant aux facteurs identifiés ci-dessus comme affaiblissant la valeur probante de leur rapport d'expertise de synthèse (cf. consid. 8f). e. Un renvoi de la cause à l'autorité décisionnaire pour mise en œuvre d'un complément d'expertise est possible, voire nécessaire, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise administrative ou de demander un complément à l'expert, et ce même depuis que le Tribunal fédéral a restreint le choix du juge de ne pas diligenter lui-même une expertise judiciaire lorsque l'instruction doit être complétée pour élucider des faits

pertinents appelant l'expertise d'un spécialiste et que l'expertise administrative ne se révèle pas probante (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 ; ATAS/204/2016 du 15 mars 2016 consid. 3b). Il sied en outre de préciser qu'il n'y a pas de motif de considérer que les experts de la CRR ayant rendu le rapport d'expertise sur lequel s'est fondé l'intimé pour rendre la décision attaquée ne puissent être appelés à compléter leurs investigations et leur appréciation de ce cas, dans lequel ils n'ont pas manifesté de prévention à l'endroit de la recourante. L'intimé reste néanmoins libre de requérir ces compléments de la part d'autres experts s'il l'estime plus opportun.

A/2235/2015 - 30/31 - Il n'y a pas lieu non plus d'attendre, pour que les compléments requis soient recueillis et une nouvelle décision rendue, que les sociétés médicales de discipline aient établi ou adapté leurs directives à la suite de l'arrêt de principe précité du Tribunal fédéral sur les troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées. f. La décision attaquée sera donc annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.

E. 10

a. La procédure n'étant pas gratuite, en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (art. 69 al. 1bis phr. 1 LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émoluments, arrêté en l'espèce à CHF 200.- (art. 69 al. 1bis phr. 2 in fine LAI). b. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité doit lui être accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), indemnité qui sera arrêtée à CHF 2'000.-.

* * * * *

A/2235/2015 - 31/31 -

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.