

GE_GERICHTE ATAS/415/2016 vom 23. Mai 2016

GE Cour de justice, 2016-05-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_415_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/415/2016 du 23 mai 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/415/2016 del 23 maggio 2016

Erwägungen

E. 29

Le docteur V_____, médecin du SMR, a émis un avis médical le 19 février 2015. Suite au précédent avis du SMR, dont les termes sont expressément repris, le SMR a appris que l'assurée était suivie par un psychiatre, le Dr U_____, qui indique une incapacité de 70 % en raison d'un syndrome douloureux somatoforme persistant sévère. Il n'y a pas d'autre diagnostic psychiatrique invalidant influençant la

A/2263/2015 - 18/34 - capacité de travail avec une intensité suffisante pour être reconnue pour l'AI. Le SMR conclut que la situation est inchangée après l'expertise du CEMed depuis le 3 décembre 2012. La capacité de travail de l'assurée est entière.

E. 30

Le 2 mars 2015, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de refus de toute prestation. Après avoir pris connaissance des divers éléments médicaux ainsi que de l'expertise médicale mandatée par l'assurance perte de gain de l'employeur, le SMR reconnaît une incapacité de travail de 50 % dans toute activité depuis le 10 janvier 2012 jusqu'au 2 décembre 2012. Dès le 3 décembre 2012, l'assurée a pu retrouver une pleine capacité de travail dans toute activité professionnelle. S'agissant du droit à la rente, l'incapacité de travail n'a pas duré une année, de sorte qu'un droit éventuel à la rente n'entre pas en ligne de compte. D'éventuelles mesures professionnelles n'ont pas lieu d'être. La demande est rejetée.

E. 31

Représentée par un avocat, l'assurée a contesté le projet susmentionné par courrier du 23 avril 2015. Un examen rigoureux et complet de la période litigieuse conclut à la couverture d'une période largement suffisante permettant l'allocation d'une rente complète.

E. 32

Les observations de l'assurée n'ayant pas été complétées malgré le délai supplémentaire accordé, l'OAI, par courrier recommandé du 28 mai 2015, a notifié une décision de refus de rente d'invalidité reprenant rigoureusement les termes du projet.

E. 33

Par courrier du 29 juin 2015, le conseil de l'assurée s'est à nouveau adressé à l'OAI. Se référant à la décision du 28 mai 2015, d'une part, observant d'autre part qu'entre-temps le Tribunal fédéral avait rendu un arrêt très important en matière de trouble somatoforme douloureux et autres atteintes de même nature, comme la fibromyalgie. En examinant les critères et motifs de la décision du 28 mai 2015, force était de constater que celle-ci ne respecte nullement les nouveaux principes juridiques posés par le Tribunal fédéral. En conséquence l'OAI était invité à rapporter sa décision du 28 mai 2015 et à reprendre l'examen de la cause, conformément à la jurisprudence citée, et dans le respect des droits

procéduraux de l'assurée.

E. 34

Par courrier du 29 juin 2015, parallèlement au précédent, l'assurée, représentée par son conseil, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision du 28 mai 2015. Elle conclut sous suite de frais et dépens à l'annulation de la décision entreprise et à sa réforme en ce sens que le droit à une rente d'invalidité entière doit lui être reconnue. Elle fait principalement valoir que depuis que la décision attaquée avait été rendue, le Tribunal fédéral avait rendu un arrêt très important le 3 juin 2015 (arrêt 9C_492/2014) destiné à la publication. Cette décision impose de nouveaux critères et méthodes en la matière. Il conviendra plus qu'avant de tenir compte des effets de l'atteinte à la santé sur les aptitudes de la personne concernée à exercer son travail et les fonctions de la vie quotidienne. La capacité de travail du patient doit être déterminée sur la base d'une vision

A/2263/2015 - 19/34 - d'ensemble à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Force est de constater que la décision attaquée ne respecte nullement ces nouveaux principes. Pour ce motif déjà elle doit être annulée et la cause renvoyée à l'autorité pour nouvelle instruction puis décision au sens des considérants. Elle sollicite subsidiairement l'ouverture d'enquêtes notamment l'audition du médecin traitant ainsi que de la Dresse H_____, et les personnes de l'entourage de l'assurée. Sur le fond la décision entreprise, mal motivée, se contente de se référer à un rapport (d'expertise) rendu à destination d'un assureur privé. C'est précisément ce que le Tribunal fédéral entend éviter à travers cette nouvelle jurisprudence. Enfin, si par impossible l'autorité intimée devait refuser de retirer sa décision, la recourante demande d'ores et déjà à être autorisée à compléter ses écritures.

E. 35

La chambre de céans a invité l'intimé à répondre au recours, et dans le même temps à se déterminer par rapport aux changements de pratique objet de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral.

E. 36

Dans le délai imparti, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il persiste intégralement dans les termes de la décision entreprise, et s'agissant de l'applicabilité de la nouvelle jurisprudence en matière d'évaluation du droit à une rente AI en cas d'affection psychosomatique et assimilée, il fait valoir qu'en matière d'assurances sociales les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits. Selon la jurisprudence, un changement de jurisprudence n'est un motif ni de révision ni de reconsidération et ne déploie, en règle ordinaire, des effets que pour l'avenir. L'interdiction de la rétroactivité fait ainsi obstacle à la question des principes dégagés dans l'arrêt visé par la recourante, aux faits couverts par la décision du 28 mai 2015. Par ailleurs, contrairement à ce que soutient le conseil de la recourante, l'instruction du dossier permet de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail de l'assurée, de sorte que la mise en œuvre de mesures d'investigations complémentaires sont superflues et n'apporteraient vraisemblablement aucune information ne figurant déjà au dossier.

E. 37

La chambre de céans a réservé la suite de la procédure.

E. 38

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 1er 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

A/2263/2015 - 20/34 - assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance- invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 4. Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité à raison de l'atteinte à la santé, singulièrement sur la question de savoir si les troubles qui l'affectent sont de nature à avoir une influence sur sa capacité de travail et de gain. 5. Aux termes de l'art. 8 al. 1er 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 1er janvier 2008). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

A/2263/2015 - 21/34 - Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien

plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). 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

A/2263/2015 - 22/34 - composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4) et de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3; arrêt du Tribunal fédéral 8C_10/2015 du 5 septembre 2015 destiné à la publication consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5). 8. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013

consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, ceux-ci n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait une présomption que de tels syndromes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2. et ATF 131 V 49 consid. 1.2). Au premier plan figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères pouvaient être déterminants, tels que des affections corporelles chroniques, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132 V 65 consid. 4.2). En présence de tels syndromes, la mission d'expertise

A/2263/2015 - 23/34 - consistait surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission confiée, les experts failliraient à celle-ci s'ils ne tenaient pas compte des différents critères mis en évidence par le Tribunal fédéral dans le cadre de leur appréciation médicale (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 4.3). 9. Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65; ATF 131 V 49; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. Ces indicateurs sont classés comme suit : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3). A. Axe « atteinte à la santé » 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la

pathogénèse 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

A/2263/2015 - 24/34 - 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. A 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

A/2263/2015 - 25/34 - 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 asséurologique 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).

A/2263/2015 - 26/34 - Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine

connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères pertinents - lui permettent de surmonter ses douleurs. Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leur les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de

A/2263/2015 - 27/34 - travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 648/03 du 18 septembre 2004 consid. 5.1.3 et 5.1.4). 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 LPG) 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. On ne saurait en revanche leur dénier 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). 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 Nr. 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).

A/2263/2015 - 28/34 - En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). 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 et les références). 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). 11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si

A/2263/2015 - 29/34 - les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). Les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (ATF 141 V 281 consid. 8) Lorsqu'une expertise ne permet pas une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants développés par la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux et d'autres syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, un renvoi à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision est possible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_219/2015 du 12 octobre 2015 consid. 5.4). 12. En l'espèce, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux a été posé très tôt, par le Dr J_____, certes neurologue, dans son rapport du 13 février 2012 au médecin-traitant. Mais il a ensuite été repris par les experts, rhumatologue et psychiatre, du CEMed, dans leur rapport du 29 novembre 2012, et par la suite par la plupart des médecins consultés par la recourante, y compris par son psychiatre traitant le Dr U_____ dans son rapport du 3 juin 2014. L'OAI a considéré, dans sa décision du 28 mai 2015, essentiellement sur la base du rapport d'expertise établi le 29 novembre 2012 par les Drs K_____ et M_____ du CEMed, qu'il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique grave, d'une part, et que les critères requis par le Tribunal fédéral jusqu'ici n'étaient pas réalisés, d'autre part. Il a dès lors exclu la présence d'un TSD invalidant et rejeté la demande, considérant avec les experts du CEMed que la recourante devait se voir reconnaître une pleine capacité de travail dans toute activité. Or, par arrêt du 3 juin 2015, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence. Il y a dorénavant lieu d'examiner si les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé constatée médicalement sont prouvées de manière définitive et sans contradiction avec une vraisemblance (au moins) prépondérante au moyen des indicateurs standard. Force est de constater que l'expertise des Drs K_____ et M_____ du CEMed ne permet pas de répondre à ces questions.

A/2263/2015 - 30/34 - Certes, le Tribunal fédéral a considéré que les expertises antérieures à sa nouvelle jurisprudence n'étaient pas nécessairement dépourvues de valeur probante, dans la mesure où certains principes prévalaient antérieurement. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Dans le cas d'espèce, il convient tout d'abord d'observer que les experts du CEMed ont remarqué d'emblée qu'à l'époque de leur expertise, le dossier qui leur avait été soumis était très sommaire, et ne comportait guère que deux certificats ou rapports médicaux. Certes font-ils référence dans le corps de leur expertise à des rapports médicaux d'autres médecins consultés entre-temps par l'expertisée, mais ne sont pas exhaustifs sur ce point. Force est

toutefois de constater que dès fin 2012, respectivement dès le courant de l'année 2013, et jusqu'à la décision de l'OAI du 28 mai 2015, d'autres avis médicaux - outre le médecin traitant - ont été émis, notamment par la Dresse P_____, le 19 juin 2013, la Dresse N_____ en juillet 2013, lesquelles ont toutes deux confirmé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, sans substrat organique clair, ni diagnostic neurologique ou rhumatologique; le médecin traitant, dans un rapport du 15 mai 2013, fait état d'un état de santé stationnaire depuis un an, puis dans son rapport du 20 décembre 2013, d'une aggravation de l'état de santé, retenant un état dépressif réactionnel, et des polymyalgies en augmentation progressive depuis six mois, l'aggravation s'étant manifestée par des difficultés à la marche, de façon progressive, et des difficultés à rester assise longtemps et à marcher, ainsi que des atteintes de cervicalgies invalidantes. Il considérait à l'époque que la capacité de travail était nulle dans le poste de travail occupé, de même que dans une activité adaptée ; le Dr S_____ dans son rapport du 14 décembre 2013, conclut lui aussi à un probable syndrome douloureux chronique; par le psychiatre traitant, le Dr U_____ le 3 juin 2014, qui confirme pour sa part le même diagnostic, qualifiant d'ailleurs ces troubles de sévères, sans retenir de diagnostic psychiatrique, mais retenant pour sa part une incapacité de travail de 70 % en raison du syndrome douloureux somatoforme persistant. Ces avis médicaux n'ont pas été soumis aux experts de 2012. Or, si ces divers avis ne peuvent pas, individuellement ou collectivement, se voir reconnaître une pleine valeur probante, notamment car la plupart des médecins consultés ne se sont pas prononcés clairement sur les questions relatives au taux d'incapacité de travail, résultant des troubles dont se plaint la recourante, force est tout de même de constater qu'ils viennent infirmer les prévisions des experts. En effet, les experts considéraient en septembre 2012 (au moment de l'examen) qu'une incapacité de travail de 50 % se justifiait en tenant compte du trouble somatoforme, du dysfonctionnement de la personnalité, l'état clinique étant encore perturbé, mais qu'une amélioration devrait être possible dans un délai de deux mois, ce qui les a amenés à conclure, sans autre vérification de leurs prévisions, dans leur rapport du

A/2263/2015 - 31/34 - 29 novembre 2012, que la capacité de travail « sera » de 100% dès le 3 décembre 2012. ». On ne peut tout d'abord que s'étonner de ce qu'une éventualité émise en septembre 2012, devienne ainsi une certitude, deux mois plus tard, et ceci alors même que l'expert psychiatre suspectait un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, qui justifiait selon lui une prise en charge psychiatrique afin de préciser le diagnostic de ce trouble. Sur cet aspect essentiel, - et cela tient peut-être à la nature quelque peu différente d'une expertise entrant dans le contexte d'une assurance perte de gain, par rapport à celle qui serait ordonnée par l'organe d'application de l'assurance-invalidité -, le rapport d'expertise du CEMed ne saurait se voir attribuer une pleine valeur probante au sens des critères de la jurisprudence. On ne comprend pas en effet les raisons pour lesquelles la capacité de travail aurait subrepticement passé de 50 % à 100 %, dans le cas concret. Mais surtout, dans le cas d'espèce, le pronostic des experts ne s'est pas vérifié. À ce sujet, si sur le plan rhumatologique ils ont considéré que le pronostic était favorable, ils ont immédiatement relativisé ce qualificatif en considérant que l'expérience médicale montrait que chez une personne « avec un tel comportement démonstratif et caricatural, il y avait certainement des bénéfices secondaires, même si inconscients. » Selon eux, cela constituait certainement un frein à la reprise d'une activité normale. Sur le plan psychique, le pronostic était lui aussi formellement favorable, mais nuancé par le fait qu'un risque de rechute ne pouvait être exclu, selon les experts, étant donné la suspicion du trouble de la personnalité. On rappellera à cet égard que la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral a prescrit

d'abandonner la prise en compte de la notion de bénéfice (« primaire » ou « secondaire » selon qui s'exprime). Cela est d'autant plus judicieux en l'espèce, les considérations des experts à ce sujet procédant plus de suppositions que de considérations objectives, et que d'autres éléments du dossier, se référant notamment à des entretiens avec la recourante, vont dans un sens contraire. Un autre élément, essentiel selon la nouvelle jurisprudence, fait défaut dans ce rapport d'expertise : le Tribunal fédéral considère en effet qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale: il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères pertinents - lui permettent de surmonter ses douleurs. Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Sur ces questions, le rapport d'expertise du 29 novembre 2012 est largement insuffisant, de sorte qu'un

A/2263/2015 - 32/34 - renvoi à l'intimé pour la mise en œuvre d'une nouvelle expertise est nécessaire et se justifie pleinement. Il s'agira également de se demander, selon les nouveaux indicateurs prescrits par la jurisprudence, notamment si l'atteinte à la santé limite l'assurée 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, certes retenu par les experts mais sans conséquence dans leur appréciation, doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assurée et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assurée avant et après la survenance de l'atteinte à la santé. S'agissant du type d'expertise que l'intimé devra mettre en place, il y a toutefois lieu d'observer que sur le plan rhumatologique, le dossier paraît suffisamment étayé, l'expert et les médecins qui ont examiné l'assurée, avant et après l'expertise, ayant des points de vue concordants pour l'essentiel. Il n'en va pas de même par rapport à l'aspect psychique, de sorte qu'une expertise psychiatrique uniquement devra être mise en œuvre, mais répondant en tous points aux exigences actuelles de la pratique instaurée par le Tribunal fédéral, depuis son arrêt topique de juin 2015, l'intégralité des indicateurs devant être pris en compte par l'expert, pour qu'il soit à même de se prononcer valablement par rapport aux conséquences du trouble somatoforme douloureux sur la capacité de travail, pleine ou résiduelle, de la recourante. Le présent renvoi de la cause à l'OAI laissera toutefois à l'intimé toute la marge d'appréciation pour décider en définitive, après actualisation de l'état de santé de la recourante, de la nécessité de faire appel, conjointement à l'expert psychiatre, à un co-expert rhumatologue. 13. Invité à se déterminer, l'OAI a indiqué le 29 juillet 2015 qu'il n'entendait pas appliquer la nouvelle jurisprudence fédérale à la présente cause, au motif qu'« en matière d'assurances sociales, les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1). Un changement de jurisprudence n'est un motif ni de révision, ni de reconsidération et ne déploie, en règle ordinaire, des effets que pour l'avenir (ATF 119 V 413 consid. 3a et les références) ». Il est évident qu'une nouvelle jurisprudence ne constitue ni un motif de révision ni un motif de reconsidération. Il va également de soi qu'un changement de jurisprudence ne vaut que pour les cas futurs. Il importe en revanche de souligner qu'il s'applique pour les affaires

pendantes devant un tribunal au moment du changement de jurisprudence (ATF 108 V 3). Il n'est alors question ni de révision ni de reconsidération. S'agissant du raisonnement tenu par l'OAI, qui impliquerait que la décision contre laquelle l'assurée a interjeté recours le 29 juin 2015, soit entrée en force, il y a lieu

A/2263/2015 - 33/34 - de relever que ladite décision n'est précisément pas entrée en force, puisqu'elle fait l'objet du présent litige. C'est donc en vain que l'OAI cite expressément un arrêt du Tribunal fédéral à l'appui de son refus de se déterminer quant à la nouvelle jurisprudence (119 V 410). En effet, dans cet arrêt, le Tribunal fédéral se demande en réalité si le fait qu'une décision soit entrée en force s'oppose à une application de la nouvelle jurisprudence. La décision du 28 mai 2015 n'étant en l'espèce pas entrée en force, la modification de jurisprudence à laquelle a procédé le Tribunal fédéral dans son arrêt du 3 juin 2015 ne peut être prise en considération pour résoudre le présent litige. 14. La chambre de céans constate, à la lumière de cette jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux, que la présente cause est insuffisamment instruite pour lui permettre de trancher. Il se justifie en conséquence d'admettre le recours, d'annuler la décision du 28 mai 2015 et de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, au sens des considérants, et pour nouvelle décision. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

A/2263/2015 - 34/34 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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