

GE_GERICHTE ATAS/617/2016 vom 10. August 2016

GE Cour de justice, 2016-08-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_617_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/617/2016 du 10 août 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/617/2016 del 10 agosto 2016

Erwägungen

E. 25

Le 15 mai 2012, l'assuré a recouru contre la décision de refus d'assistance juridique du 5 avril 2012.

E. 26

Le 7 juillet 2012, la doctoresse L_____, médecin SMR, a préconisé que le mandat d'expertise soit attribué de manière aléatoire via la plateforme SuisseMED@P. Elle a également dressé la liste des questions qu'elle souhaitait poser aux experts.

A/1037/2015 - 7/36 -

E. 27

Par communication du 11 juillet 2012, l'OAI a transmis au conseil de l'assurée la liste de questions qu'il entendait poser aux experts, précisant que le centre d'expertise chargé d'y répondre serait désigné de façon aléatoire. Il lui a également imparti un délai dix jours pour lui faire parvenir les éventuelles questions complémentaires qu'il souhaiter formuler de son côté.

E. 28

Par courrier du 16 juillet 2012, l'associée de l'avocat constitué pour la défense des intérêts de l'assurée, a indiqué que son confrère était actuellement en vacances, raison pour laquelle celui-ci ne serait pas en mesure de faire part de ses éventuelles observations dans le délai imparti. Estimant que ce délai de dix jours n'avait aucune assise légale, elle a invité l'OAI à attendre la détermination de son confrère « avant de mandater un centre d'expertise ».

E. 29

Le 13 août 2012, le conseil de l'assurée a invité l'OAI à bien vouloir lui indiquer les raisons pour lesquelles il refusait que l'expertise fût mise en œuvre par les Drs J_____ et K_____. Il souhaitait également que le questionnaire fût complété par une liste de questions, reproduite dans le même courrier. Enfin, il importait de relever qu'une demande de prolongation de délai écrite et motivée avait été adressée à l'OAI le 16 juillet 2012.

E. 30

Par arrêt du 29 octobre 2012 (ATAS/1295/2012), la chambre de céans a admis le recours interjeté le 15 mai 2012 et annulé partiellement la décision de refus d'assistance juridique du 5 avril 2012, précisant que l'octroi de cette assistance serait limité aux aspects juridiques relatifs à l'expertise. En revanche, cet arrêt ne préjugait pas de l'étendue de l'assistance juridique qu'il appartenait à l'OAI de déterminer.

E. 31

Par décision incidente du 26 septembre 2012, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait en charge les frais de l'expertise médicale polydisciplinaire au tarif AI, ajoutant que sans contestation écrite et motivée de sa part dans un délai de dix jours, il mandaterait un centre d'expertise de manière aléatoire pour effectuer ladite expertise. Prenant position au sujet de la proposition de l'assurée de mandater les Drs J_____ et K_____ à cet effet, l'OAI a indiqué qu'en vue de garantir la qualité de l'expertise, il était important que les deux médecins « exercent ensemble », réquisit auquel la proposition de l'assurée ne satisfaisait pas. S'agissant des questions complémentaires que l'assurée lui avait soumises le 13 août 2012, elles seraient transmises aux experts et intégrées à la mission d'expertise, même si du point de vue de l'OAI, il s'agissait de questions-types qui n'étaient pas toutes indispensables à l'établissement de la situation médicale. Enfin, l'OAI a également imparti un délai de dix jours à l'assurée pour lui faire parvenir d'autres questions complémentaires que celle-ci souhaitait éventuellement poser aux experts.

E. 32

Le 2 octobre 2012, l'assurée a informé l'OAI qu'elle ne manquerait pas de lui faire savoir si elle entendait recourir contre la décision incidente du 26 septembre 2012. Dans l'intervalle, et pour l'hypothèse où elle ne souhaiterait pas faire recours, l'assurée invitait l'OAI à bien vouloir intégrer à la mission d'expertise éventuelle

A/1037/2015 - 8/36 - les questions suivantes, en plus de celles qui avaient déjà été soumises le 13 août 2012 : « Question préalable pour chacun des deux experts : - Faites-vous partie d'une école médicale particulière niant l'existence de la fibromyalgie ? - Pensez-vous que la fibromyalgie est une maladie incapacitante ? »

E. 33

Le 29 octobre 2012, l'assurée a saisi la chambre de céans d'un recours contre la décision incidente du 26 septembre 2012, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI en vue de mettre en œuvre une expertise bi-disciplinaire de manière conjointe, c'est-à-dire par la désignation des experts au moyen d'une discussion préalable à toute décision.

E. 34

Par arrêt du 29 avril 2013 (ATAS/404/2013), la chambre de céans a rejeté le recours interjeté par l'assurée contre la décision incidente du 26 septembre 2012, condamné l'OAI à verser à l'assurée une indemnité de CHF 800.- à titre de dépens et mis un émolument de CHF 200.- à la charge de ce dernier. L'administration avait certes violé le droit de l'assurée de participer au choix des deux experts à désigner. Toutefois, lors de l'audience qui s'était tenue le 4 février 2013 devant la chambre de céans, une discussion avait eu lieu entre les parties sur le choix des experts. Même si cette discussion n'avait pas abouti à une solution transactionnelle sur le nom des experts, les parties s'étaient entendues sur le fait que le conseil de l'assurée indiquerait le nom des médecins pratiquant dans un centre d'expertise qu'il ne souhaitait pas voir nommés. Quant à l'OAI, il s'était engagé à tenter de respecter ce souhait, dans la mesure du possible. Au regard de cette discussion, la chambre de céans a considéré que la violation du droit de la recourante de participer à la désignation des experts avait été guérie par le biais de la recherche d'un accord. En effet, l'intimé avait expliqué les motifs de son refus, un échange de vues s'en était suivi lors de l'audience du 4 février 2013 et les discussions s'étaient poursuivies à la suite de celle-ci. Il n'y avait donc pas lieu de renvoyer la cause à l'administration pour l'inviter à entreprendre des discussions tendant à la mise en œuvre consensuelle d'une expertise.

E. 35

Le 29 mai 2013, l'OAI a élevé une réclamation auprès de la chambre de céans, portant sur l'émolument de procédure et les dépens auxquels il avait été condamné par arrêt du 29 avril 2013. Aussi a-t-il conclu à l'annulation des chiffres 3 et 4 du dispositif de cet arrêt.

E. 36

Par arrêt du 24 juin 2013 (ATAS/627/2013), la chambre de céans a partiellement admis la réclamation de l'OAI, annulé le chiffre 4 du dispositif de l'arrêt du 29 avril 2013 en ce sens qu'il n'était pas perçu d'émolument, rejeté la réclamation pour le surplus et confirmé le chiffre 3 du dispositif précité, soit la condamnation à une indemnité de CHF 800.- à titre de dépens.

A/1037/2015 - 9/36 -

E. 37

Le 12 mai 2014, l'OAI a informé l'assurée de la tenue prochaine d'une expertise médicale pluridisciplinaire à la Clinique romande de réadaptation (CRR). Elle lui a également communiqué le nom des experts désignés, soit : - médecine interne générale (docteur M_____); - psychiatrie et psychothérapie (docteur N_____); - rhumatologie (docteur O_____).

E. 38

Le 14 mai 2014, l'assurée a accusé réception du courrier de l'OAI du 12 mai 2014 et l'a invité à lui envoyer tout document attestant que la CRR avait bien été désignée de façon aléatoire conformément à la loi. Pour le surplus, elle a fait savoir à l'OAI qu'elle portait de l'idée que les questions soumises aux experts seraient celles qui étaient annexées à la décision incidente du 26 septembre 2012, complétées par les questions qu'elle avait transmises à l'OAI par courriers du 13 août et du 2 octobre 2012.

E. 39

Le 16 mai 2014, l'OAI a informé l'assurée que la CRR avait reçu son dossier dans lequel figuraient « toutes les questions auxquelles les experts [devaient] répondre ».

E. 40

Le 8 juillet 2014, les experts de la CRR ont rendu leur rapport d'expertise, précisant que l'assurée avait séjourné dans leur établissement du 16 au 18 juin 2014 et que leurs conclusions se basaient sur l'anamnèse et l'examen clinique du 16 juin 2014 (experte principale : Dresse M_____), l'expertise rhumatologique du 17 juin 2014 (Dr O_____) et l'expertise psychiatrique du 18 juin 2014 (Dr N_____) et le dossier médical AI mis à leur disposition. Après avoir retracé l'anamnèse et recueilli les plaintes de l'assurée, les experts ont procédé aux examens cliniques relevant de leurs spécialités respectives et posé les diagnostics suivants ayant une répercussion sur la capacité de travail : - épisode dépressif moyen à sévère sans syndrome somatique (F32.10) ; - attaques de panique (F41.0) ; - syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ; - lombalgies chroniques dans un contexte de troubles statiques et dégénératifs modérés (M54.5). Les experts ont en revanche estimé que l'obésité (E66.9), le syndrome du canal carpien modéré (G56.0), la rhino-conjonctivite et l'asthme allergique (J30.4) étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Dans leur appréciation du cas, les experts ont relevé que l'assurée avait présenté une incapacité de travail totale le 5 novembre 2009 avec reprise à 50% le 25 janvier 2010 et

que l'incapacité de travail était à nouveau totale à partir du 2 octobre 2010. L'assurée souffrait de problèmes de dos depuis 2004 qui se manifestaient par des blocages à répétition. Elle avait également présenté en 2009 une symptomatologie douloureuse des mains avec mention de faiblesse et de lâchages.

A/1037/2015 - 10/36 -

Au terme de l'entretien de synthèse, les experts ont conclu unanimement à une atteinte significative à la santé sous forme d'un épisode dépressif moyen à sévère sans syndrome somatique, d'attaques de panique et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. En raison de la présence de facteurs de gravité (comorbidités psychiatriques significatives, perte d'intégration sociale) selon les « critères de Mosimann », l'atteinte psychiatrique était responsable d'une incapacité de travail de l'ordre de 50% dans quelque activité que ce soit. Il n'était pas possible de définir clairement d'un point de vue rétroactif à partir de quelle date le tableau clinique actuel, en particulier avec la composante anxieuse, s'était aggravé. L'état clinique de l'assurée était susceptible d'avoir été sensiblement différent lors de l'examen rhumato-psychiatrique qui s'était déroulé au SMR en 2010. L'incapacité de travail était donc jugée manifeste dès la date de leur expertise. Les experts retenaient également, au plan somatique, les diagnostics de lombalgies chroniques dans un contexte de troubles statiques et dégénératifs et de syndrome du canal carpien modéré. Ces diagnostics n'entraînaient aucune répercussion sur la capacité de travail hormis le port de charges et les travaux en flexion et rotation du tronc, en dehors d'une période d'incapacité de travail justifiée en cas d'opération de neurolyse du nerf médian.

Étant donné les aspects de personnalité de l'assurée, le pronostic restait réservé. Il était probable qu'elle restât rivée sur un sentiment d'incapacité de travail totale, ceci en dépit de l'exigibilité médico-théorique. Pour toutes ces raisons, des mesures de reconversion professionnelle ne faisaient pas sens, comme cela avait d'ailleurs bien été mis en exergue dans le rapport professionnel de stage de 2010.

Enfin, aucune mesure médicale permettant d'améliorer la capacité de travail n'était susceptible d'être adoptée chez l'assurée ; elle suivait un traitement médicamenteux psychotrope avec un suivi spécialisé rapproché sans évolution depuis plusieurs années.

Dans son rapport d'expertise rhumatologique du 17 juin 2014, le Dr O_____ a noté que l'assurée se plaignait de douleurs lombaires quotidiennes mais également de douleurs dorsales et cervicales. Aux dires de l'assurée, ces douleurs concernaient également les épaules, les mains et les genoux, auxquelles s'ajoutaient des crampes aux pieds. Ces douleurs diminuaient légèrement lorsqu'elle allait dans une piscine chaude.

Dans ses observations, l'expert rhumatologue a noté que l'assurée était au bord des larmes à plusieurs reprises, qu'elle avait un comportement douloureux, soupirant à nombreuses reprises et annonçant des douleurs dans tous les mouvements. Elle rechignait à ce qu'on lui prenne les mains au prétexte de douleurs. Les mouvements spontanés étaient effectués de façon fluide, ce qui contrastait avec les difficultés et les douleurs alléguées lors des mouvements effectués à la demande.

Dans l'appréciation du cas, le Dr O_____ a estimé à la lecture du dossier qu'on retenait l'impression que les atteintes somatiques peinaient à expliquer l'étendue du

A/1037/2015 - 11/36 - syndrome douloureux et sa résistance à tous les traitements. Ce syndrome douloureux – qui avait été qualifié de fibromyalgie par d'autres médecins –

s'accompagnait d'une symptomatologie dépressive justifiant une prise en charge psychiatrique depuis 2010. Les plaintes de l'assurée concernaient des douleurs assez généralisées, prédominant dans la région lombaire et des mains mais s'étendant à l'ensemble du rachis et des membres. Les douleurs étaient de forte intensité, peu influencées par les traitements médicamenteux et physiques. L'anamnèse n'était pas évocatrice d'un contexte de rhumatisme inflammatoire hormis la notion d'une xérophtalmie. Lors de son examen, l'assurée présentait un comportement algique démonstratif. La palpation était douloureuse au niveau du rachis et de la racine des membres de même que sur les coudes et les genoux et la mobilisation du rachis et des membres était annoncée globalement comme douloureuse. Cela contrastait avec les constatations objectives qui retrouvaient des mobilités articulaires périphériques conservées en l'absence de signes inflammatoires. L'expert notait la présence de discrets troubles statiques rachidiens et une irritabilité du nerf médian au canal carpien des deux côtés. Dans ce contexte de douleurs généralisées, des tests spécifiques articulaires n'étaient pas informatifs, notamment au niveau des genoux et des mains. L'expert se disait également frappé par la très bonne trophicité musculaire de ces dernières et par la présence de cal à la face palmaire des deux mains, de façon prédominante à droite.

Sur le plan rhumatologique, force était de constater que les constatations objectives ne permettaient pas d'expliquer le syndrome douloureux et sa résistance à tous les traitements. On comprenait dès lors que « le label fibromyalgie » ait été employé car l'assurée remplissait les critères de classification de cette affection. Il fallait cependant rappeler qu'il s'agissait d'un label descriptif plutôt que d'une maladie à proprement parler. Ce diagnostic pouvait donc être retenu pour autant qu'il n'y ait pas un autre diagnostic, notamment psychiatrique, qui permettrait de mieux expliquer le tableau clinique. En l'occurrence, la problématique psychiatrique était au premier plan et c'était le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant qui rendait le mieux compte du problème de l'assurée.

Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 18 juin 2014, le Dr N_____ a complété l'anamnèse établie par la Dresse M_____ en ajoutant que le dossier médical de l'assurée évoquait une problématique de viol remontant à la période précédant sa grossesse et la naissance de sa fille en 1999 et que dans sa vie sociale actuelle, l'assurée décrivait un fonctionnement caractérisé par un certain enfermement sur elle-même, avec avant tout des contacts téléphoniques avec l'une de ses sœurs habitant au Brésil. Elle mentionnait de rares contacts amicaux – dont la fréquence n'avait pas été précisée lors de l'entretien – sans décrire la moindre activité associative ou de loisir.

Les plaintes dans le registre psychiatrique prenaient la forme d'une tristesse et de pleurs très fréquents, associés à des idées noires récurrentes – toutefois sans projet de suicide élaboré. L'assurée indiquait à ce sujet qu'avant, elle avait une vie, que

A/1037/2015 - 12/36 - maintenant, elle n'en avait plus, qu'elle ne voyait plus d'espoir et qu'elle restait tout le temps à la maison. Outre des troubles de la mémoire, de la nervosité, de la tension et des angoisses s'accompagnant de divers symptômes neurovégétatifs (fourmillements importants autour de la bouche, oppression thoracique, sensation de malaise et de vertige avec la crainte de perdre connaissance), l'assurée mentionnait qu'elle n'avait « plus plaisir à rien dans [sa] vie », souffrait de troubles du sommeil importants, d'une fatigue importante et qu'elle éprouvait de la difficulté à maintenir une activité. En attestait sa lenteur dans l'accomplissement des tâches ménagères.

Dans la discussion subséquente, le Dr N_____ a indiqué que sur le plan clinique, l'assurée frappait actuellement par une « présentation qui [était] rapidement agitée et anxieuse », avec une collaboration qui s'avérait parfois assez difficile, l'assurée vivant de façon intrusive les questions. Au cours d'un examen complémentaire effectué le 18 juin 2014, elle avait obtenu un score de 30/60 à l'échelle de dépression MADRS, qui se situait à la limite entre la symptomatologie dépressive moyenne et sévère. Cette symptomatologie s'inscrivait par ailleurs dans le contexte de traits de personnalité immatures, histrioniques et caractériels (Z73.1 ; diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail aux dires de l'expert) et d'une dramatisation dans l'expression des plaintes. Même si elle réfutait l'étiquette de femme dépressive, de nombreux symptômes-clés de cette affection existaient, à savoir : anhédonie actuellement importante, tristesse, envies de mort passives sans projet suicidaire élaboré, troubles du sommeil importants prenant la forme de difficultés d'endormissement et de réveils nocturnes d'une durée égale ou supérieure à deux heures par nuit, fatigabilité accrue, troubles de la concentration (se manifestant principalement par des oublis dans sa vie quotidienne), tendance à se refermer sur elle-même et à limiter fortement ses contacts sociaux, vision pessimiste et négative par rapport à l'avenir (avec une perte d'espoir), irritabilité débouchant parfois sur des éclats de colère, eux-mêmes source de conflit, notamment avec sa fille. L'expert constatait également une perturbation de l'image de soi, même si l'expression d'idées de dévalorisation et de culpabilité demeurait modeste.

Il convenait également de constater la présence d'une anxiété actuellement significative, qui n'avait pas été relevée en tant que telle lors de l'évaluation clinique du SMR en 2010. Étant donné que l'assurée présentait actuellement des épisodes au cours desquels elle ressentait une angoisse majeure, accompagnée d'une oppression thoracique, de paresthésies dans la région péribuccale, qu'elle était en proie à des vertiges, à des palpitations et à une crainte de perdre connaissance, il s'agissait d'une symptomatologie anxieuse paroxystique répondant à la description d'attaques de panique, accompagnées notamment de symptômes dissociatifs lors des crises. Même si dans la situation clinique actuelle, le diagnostic de dépression restait « prioritaire », la présence d'une symptomatologie anxieuse

A/1037/2015 - 13/36 - surajoutée représentait fréquemment de faibles ressources adaptatives et constituait de surcroît un facteur de mauvais pronostic.

L'assurée présentait ensuite des plaintes algiques multiples, qualifiées d'intenses et persistantes survenues chez une personne déracinée qui avait présenté un parcours de vie comportant des facteurs de fragilisation (père alcoolique, abus sexuels avant la grossesse, difficultés conjugales lors de son mariage). Il s'agissait là de conflits émotionnels significatifs qui pouvaient générer une expression symptomatique sous la forme de douleurs chroniques. S'agissant du diagnostic retenu, l'expert a précisé que l'évaluation rhumatologique permettrait de trancher en ce qui concerne le diagnostic, un syndrome douloureux somatoforme persistant ou un diagnostic de fibromyalgie pouvant s'appliquer dans le cas d'espèce.

Le dossier médical évoquait également un état de stress post-traumatique. Toutefois, dans la mesure où, au jour de l'expertise, l'assurée ne décrivait ni flash backs ni cauchemars récurrents se rapportant à la période où elle avait été agressée sur le plan sexuel, ni d'autres symptômes-clés (sentiment d'être sur le qui-vive, phénomènes de sursaut), le tableau clinique complet de l'état de stress post traumatique n'était pas observable.

Cela étant, la symptomatologie psychiatrique de l'assurée, qu'on la considère sous l'angle de la dépression ou des symptômes anxieux, était actuellement significative, malgré une prise en charge à la fois psychothérapeutique et médicamenteuse. En effet, lors de l'entretien, l'assurée mentionnait un traitement par Venlafaxine dosé à 300 mg par jour. Selon l'expert, la persistance des symptômes dépressifs (qui se situaient actuellement entre le degré moyen et sévère), malgré une médication « particulièrement dosée », devait être prise en compte dans l'évaluation de la gravité de l'affection psychiatrique et des limitations fonctionnelles. À cet égard, il n'était pas exact de considérer qu'une symptomatologie dépressive moyenne ne générât aucune limitation fonctionnelle pouvant avoir un impact sur le rendement et la capacité de travail, raccourci qui était pris dans l'examen rhumatologique et psychiatrique réalisé par le SMR en 2010. De l'avis de l'expert, il convenait de pondérer l'avis des médecins traitants d'une part et celui formulé en 2010 par les Drs H_____ et I_____ d'autre part, cette pondération tenant compte du fait que l'assurée présentait une symptomatologie qui apparaissait plus nette et décompensée qu'en 2010, accompagnée d'une symptomatologie anxieuse significative qui se surajoutait aux limitations fonctionnelles (en se référant notamment aux paramètres figurant dans « mini CIF- TAPP », instrument pour mesurer les aptitudes psychiques). L'assurée présentait ainsi des symptômes dépressifs et anxieux suffisants pour diminuer, dans une certaine mesure, son adaptation aux règles et routines, de même que ses capacités à planifier et à structurer ses tâches. En raison de l'angoisse importante, de traits d'immaturité affective et d'une baisse de la motivation et du niveau global d'énergie, l'assurée présentait également une flexibilité et des capacités d'adaptation diminuées. Elle pouvait plus difficilement faire usage de ses

A/1037/2015 - 14/36 - compétences spécifiques. Étant fragilisée sur le plan narcissique, avec une certaine confusion psychique, ses capacités de jugement et de prise de décisions étaient également abaissées, de même que son endurance. Au vu de l'aspect envahissant de sa symptomatologie actuelle, les capacités de s'affirmer étaient également abaissées, son retrait social perturbant le sens du contact avec les tiers. Dans le même sens, les capacités d'évoluer au sein d'un groupe étaient diminuées. Enfin, l'assurée présentait également une nette baisse des activités spontanées. En revanche, les soins d'hygiène et corporels paraissaient conservés, de même que la capacité de déplacement. L'assurée présentait ainsi une comorbidité psychiatrique significative, tant dans sa nature que dans sa durée, cumulant actuellement des symptômes dépressifs qui se situaient à la limite de l'épisode dépressif sévère, avec symptômes anxieux qui apparaissaient de façon plus significative et qui étaient déjà par eux-mêmes incapacitants. Une pondération était toutefois effectuée en raison des aspects immatures, histrioniques et caractériels de l'assurée qui l'amenaient à surestimer certains symptômes. Elle présentait des troubles psychiatriques, certainement d'intensité fluctuante depuis de nombreuses années et ceci malgré une prise en charge psychiatrique menée dans les règles de l'art avec une médication psychopharmacologique particulièrement importante. Malgré ce traitement, elle manifestait des plaintes algiques inchangées, voire aggravées, ce qui allait dans le sens d'un état psychique cristallisé « signant l'échec d'élaboration des sources de conflictualité psychique ». Enfin, la vie quotidienne et sociale était caractérisée par des contacts très limités sur le plan associatif, l'assurée ne gardant que quelques contacts sporadiques avec des amis et passant la majeure partie de son temps à domicile avec sa fille, sans qu'aucune activité de loisir ou d'intégration ne soit décrite. L'évaluation allait donc bel et bien dans le sens d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. En conclusion, l'expert était

d'avis qu'en tenant compte à la fois des limitations fonctionnelles et spécifiques découlant des atteintes psychiatriques retenues mais également des facteurs de pondération qu'il fallait apporter dans le cadre d'un syndrome douloureux somatoforme compte tenu des traits de personnalité relevés, l'assurée présentait une capacité de travail de l'ordre de 50%. Toutefois, il n'était pas possible de définir clairement d'un point de vue rétroactif à partir de quelle date le tableau clinique actuel (avec en particulier la composante anxieuse) s'était aggravé. Par ailleurs, il n'était pas possible de se positionner définitivement sur l'examen du SMR de 2010. L'état clinique de l'assurée était susceptible d'avoir été sensiblement différent à cette époque. Et l'expert d'ajouter que la composante anxieuse, bien que décrite par les examinateurs du SMR, n'était probablement pas aussi marquée qu'à l'heure actuelle. Ainsi, l'estimation d'une capacité de travail résiduelle de 50% pouvait être considérée à partir de la date de l'expertise, soit à compter du 18 juin 2014.

A/1037/2015 - 15/36 -

E. 41

Par avis SMR du 12 août 2014, la Dresse L_____ a soutenu que l'examen de l'assurée par les experts de la CRR s'était déroulé dans des conditions particulières dans la mesure où l'assurée s'était présentée en retard à la CRR, après s'être trompée à de multiples reprises durant le trajet. Compte tenu d'un état de stress, d'agitation et de pleurs à son arrivée, les conditions de l'expertise n'étaient donc pas favorables à une appréciation objective et proche de la réalité. En outre, les experts se bornaient à analyser deux des critères de Mosimann (comorbidité psychiatrique et perte d'intégration sociale) alors qu'il convenait d'analyser les critères de Meyer-Blaser, qui dataient de 2004, selon lesquels un syndrome somatoforme douloureux n'était pas incapacitant, sauf dans de très rares cas. Dans le cas d'espèce, le jeune âge de l'assurée devait porter à croire qu'elle était capable de surmonter ses douleurs. Dans la mesure où l'expertise ne permettait pas de répondre à cette question, la Dresse L_____ a déclaré qu'elle procéderait « [elle-même] à cette analyse en cherchant dans l'expertise les éléments de réponse » : contrairement à ce que les experts avaient retenu, il n'était pas possible de retenir de comorbidité psychiatrique grave, la gravité de l'épisode (moyen à sévère) étant favorisée par le contexte de l'expertise, évoqué plus haut. Il n'y avait pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ni d'affection corporelle chronique sans rémission durable, ni d'échec de traitement ni état psychique cristallisé. L'assurée présentait ainsi un syndrome douloureux somatoforme qui était parfaitement surmontable par un effort de volonté. La capacité de travail était donc entière depuis toujours et dans toute activité.

E. 42

Par projet de décision du 22 octobre 2014, l'OAI a refusé toute prestation de l'assurance-invalidité à l'assurée. Il ressortait de l'analyse du SMR, du 12 août 2014, que les atteintes dont elle souffrait n'étaient pas incapacitantes et que sa capacité de travail était entière depuis toujours et dans toute activité lucrative.

E. 43

Le 4 novembre 2014, l'OAI a transmis une copie de l'intégralité du dossier à l'assurée et lui a accordé une prolongation de délai pour présenter ses observations.

E. 44

Le 12 décembre 2014, l'assurée a émis des doutes quant au respect de la procédure de désignation des experts via la « plateforme MED@P », précisant qu'elle ne contestait pas le bienfondé de l'expertise de la CRR mais l'avis du SMR du 12 août 2014, référence étant faite à un rapport du 11 décembre 2014 de la doctoresse P_____, médecin interne au centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrés du secteur Eaux-Vives (CAPPI-Eaux-Vives) et à un courrier du 11 décembre 2014 du Dr E_____. Dans le rapport précité, la Dresse P_____ a signalé son désaccord avec les conclusions du 12 août 2014 de la Dresse L_____, précisant qu'elle rejoignait plutôt l'avis du Dr N_____. Elle suivait l'assurée depuis juin 2013 et constatait qu'elle souffrait d'un épisode dépressif moyen à sévère sans syndrome somatique (F32.10) avec des attaques de panique (F41.0) accompagné d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) versus fibromyalgie. Depuis le début de son suivi, l'état clinique de l'assurée était resté stationnaires, voire s'était péjoré par

A/1037/2015 - 16/36 - une augmentation de l'irritabilité et une augmentation des troubles de la concentration, des oublis fréquents et s'accompagnant actuellement d'attaques de panique. L'assurée avait, par le passé, essayé plusieurs traitements antidépresseurs. Un récent changement de traitement n'avait pas apporté d'amélioration de son état clinique. Malgré la dépression et les douleurs constantes, l'assurée avait une grande volonté de dépasser ses difficultés et elle avait toujours émis le souhait de reprendre un travail et entrepris des tentatives dans ce sens. Ces dernières n'avaient pas abouti en raison de douleurs trop importantes et d'une incapacité à gérer le stress en raison d'une symptomatologie dépressive. Pour toutes ces raisons, l'incapacité de travail de l'assuré était totale. Pour sa part, le Dr E_____ a estimé qu'en suivant le raisonnement de la Dresse L_____, tout élément susceptible de confirmer l'invalidité de l'assurée était attribuable à son arrivée tardive. En outre, l'affirmation selon laquelle « le jeune âge de [l'assurée] devrait porter à croire qu'elle [était] capable de surmonter ses douleurs » ne trouvait pas d'assise dans la littérature scientifique et « reflétait des préjugés issus de considération non médicales, mais plutôt juridiques ». En conclusion, l'avis du SMR ne pouvait être suivi d'aucune manière car il ne comportait aucun élément susceptible d'être convaincant du point de vue médical.

E. 45

Par avis SMR du 10 février 2015, contresigné par la doctoresse Q_____, la doctoresse R_____, a considéré que les rapports des Drs P_____ et E_____ du 11 décembre 2014 n'apportaient ni éléments objectifs ni faits nouveaux que le SMR aurait ignorés dans son avis du 12 août 2014. Les éléments apportés par l'expertise de la CRR suggéraient que l'assurée présentait plutôt un état dépressif léger à moyen qui n'était pas une comorbidité psychiatrique considérée comme significative à un trouble somatoforme douloureux. Quant aux attaques de panique, elles ne pouvaient être retenues en présence d'un état dépressif et ce diagnostic était basé sur les dires de l'assurée et non sur une constatation objective. Selon la CIM-10, on ne devait pas poser de diagnostic principal d'attaque de panique quand le sujet répondait en même temps aux critères d'un trouble dépressif, les attaques de panique étant, dans ce cas, probablement secondaires à la dépression (cf. les explications relatives au trouble panique ; F41.0). Compte tenu également des raisons invoquées par le SMR dans son avis du 12 août 2014, les conclusions de l'expertise multidisciplinaire de la CRR du 8 juillet 2014 n'étaient pas convaincantes et il n'était pas possible de les suivre.

E. 46

Par décision du 23 février 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision du 22 octobre 2014.

E. 47

Le 27 mars 2015, l'assurée a saisi la chambre de céans d'un recours contre la décision de l'OAI du 23 février 2015, concluant, principalement, à l'octroi de prestations découlant de la LAI, soit à tout le moins une rente d'invalidité d'une quotité minimum de 50% dès le 1er septembre 2010 et, subsidiairement, au renvoi

A/1037/2015 - 17/36 - du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire, le tout sous suite de frais et dépens. La recourante a également sollicité l'octroi d'un délai pour compléter ses écritures, alléguant ne pas être en possession des conclusions du SMR consécutives aux observations qu'elle avait formulées le 12 décembre 2014. Sur le fond, elle a fait valoir qu'on ne pouvait partager d'aucune manière les conclusions du rapport du SMR du 12 août 2014, selon lesquelles l'on serait en présence d'un syndrome douloureux somatoforme surmontable par un effort de volonté. Quant à la date à partir de laquelle le tableau clinique actuel s'était aggravé, la recourante était d'avis qu'il convenait de se référer à l'avis du Dr E_____ du 11 décembre 2014, ce médecin étant le seul à la connaître et à l'avoir suivie de manière régulière.

E. 48

Le 29 avril 2015, la recourante a complété ses observations en soutenant que la Dresse R_____ était médecin interniste et non pas psychiatre et qu'à teneur du registre des professions médicales de l'office fédéral de la santé publique (OFSP), elle n'était pas au bénéfice d'une autorisation de pratiquer. Quant à la Dresse Q_____, elle était médecin sans post-grade « et certainement pas psychiatre » (cf. pièces n. n. recourante). On voyait dès lors mal comment la simple substitution de l'appréciation de ces deux médecins à celle de l'expert psychiatre de la CRR pouvait être suffisante. En revanche, l'avis de la CRR était conforté par la psychiatre consultée par la recourante, la Dresse P_____ qui, à l'instar de la CRR, ne retenait d'aucune manière que l'état dépressif fût secondaire au trouble somatoforme douloureux.

E. 49

Par réponse du 5 juin 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours et à ce que la recourante soit condamnée au remboursement des dépens qui lui avaient été alloués par arrêt incident du 19 avril 2013 (recte : 29 avril 2013 ; ATAS/404/2013) et confirmés par arrêt du 24 juin 2013 (ATAS/627/2013). L'intimé a soutenu que l'expertise de la CRR ne mettait pas en évidence les critères nécessaires pour retenir un état dépressif moyen à sévère tel que défini par la CIM-10. Comme le SMR l'avait souligné dans son avis du 10 février 2015, les éléments objectifs parlaient en faveur d'un état dépressif de degré léger à moyen qui n'était pas une comorbidité psychiatrique considérée comme significative à un trouble somatoforme douloureux. Il ressortait par ailleurs de l'anamnèse que la recourante avait développé des troubles de l'humeur dans le contexte du diagnostic de fibromyalgie posé par un rhumatologue en 2010 (cf. rapport CRR p. 5) et qu'on était en présence d'un épisode dépressif qui s'était constitué au fil du temps et qui faisait partie intégrante des douleurs. On pouvait ainsi retenir que la recourante avait présenté des douleurs puis un trouble thymique. Quoiqu'il en soit, le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère, retenu par les experts, ne suffisait pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. Selon cette dernière, les états dépressifs

constituaient des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux de telle sorte qu'un tel diagnostic ne pouvait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome.

A/1037/2015 - 18/36 - Quant aux autres critères consacrés par la jurisprudence, dont l'existence permettait d'admettre le caractère non exigible de la reprise du travail, ils n'étaient pas non plus réalisés. En effet, la recourante ne réunissait pas en sa personne plusieurs de ces critères fondant un pronostic défavorable s'agissant de l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle. Pour le surplus, l'intimé a fait valoir que dans la mesure où le recours interjeté le 29 octobre 2012 avait été rejeté par arrêt du 29 avril 2013, c'était de manière arbitraire que la chambre de céans l'avait condamné aux dépens, solution qu'elle avait confirmée par arrêt du 24 juin 2013. Dans la mesure où ce dernier était un arrêt incident, il était réputé ne pas causer de préjudice irréparable et ne pouvait faire l'objet d'un recours au Tribunal fédéral. Toutefois, la réponse au recours interjeté le 27 mars 2015 lui offrait la possibilité de soulever des griefs à l'encontre de l'arrêt du 24 juin 2013 et de prendre des conclusions en remboursement des dépens dans le cadre du jugement final.

E. 50

Par réplique du 1er juillet 2015, la recourante a fait valoir que la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de troubles somatoformes douloureux avait changé depuis peu, entraînant l'abandon de la présomption selon laquelle de telles affections pouvaient être surmontées par un effort de volonté raisonnablement exigible ainsi que l'abandon de la primauté de la comorbidité psychiatrique au profit d'une détermination concrète de son importance dans le cas d'espèce et d'une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. En l'espèce, la détermination de l'intimé du 5 janvier 2015 (recte : 5 juin 2015), reprenait les éléments de l'avis du SMR du 10 février 2015. Cet avis ne se fondait pas sur la nouvelle jurisprudence, il n'émanait pas non plus de médecins psychiatres et devait être écarté pour des raisons qui ressortaient au surplus d'un rapport du 29 juin 2015 de la Dresse P_____. Selon cette psychiatre, « l'expertise de la Dre L_____ » (sic) et le rapport des médecins SMR du 10 février 2015 » ne retenaient pas la sévérité du diagnostic du trouble dépressif récurrent, évoquant des symptômes qui ne seraient pas ou peu présents. Toutefois, ces médecins n'avaient jamais vu la recourante et n'avaient donc pas pu établir de status mental de manière optimale. Ils n'avaient pas non plus proposé, dans le doute, d'échelles évaluant la sévérité de la dépression (échelles de Hamilton ou MADRS) ni de bilan neuropsychologique pour objectiver les troubles de la concentration, de l'attention et les troubles mnésiques. Sur le plan pharmacologique, ces médecins indiquaient qu'aucun dosage n'avait été effectué. Toutefois, ils ne s'étaient jamais adressés à elle pour lui demander de tels documents. Or, le dosage de la venlafaxine avait été fait à plusieurs reprises et le dernier en date avait été effectué à sa demande le 4 novembre 2013 et avait montré un taux thérapeutique à 0.53 µmol/litre, ce qui était dans la limite inférieure. À noter qu'à ce moment-là, la recourante prenait 300 mg de venlafaxine. Face à ce résultat et la persistance des symptômes dépressifs, elle avait changé le traitement

A/1037/2015 - 19/36 - d'Efexor pour du Cipralex. Sous ce traitement, elle n'avait toujours pas constaté d'évolution favorable. Outre le syndrome somatoforme persistant, elle retenait comme facteur aggravant la présence d'une comorbidité, soit la dépression moyenne qui était survenue après le début de ses douleurs. À noter que la recourante avait toujours fait montre d'une grande volonté de surpasser ses douleurs mais qu'elle était souvent freinée

par sa symptomatologie dépressive. La diminution de son réseau social représentait un autre critère de gravité à cet égard. Même si elle avait plusieurs connaissances et amis qui lui permettraient d'avoir un bon réseau social, son état clinique ne lui permettait pas d'en jouir et elle s'isolait de plus en plus. Sa fille était la seule personne avec laquelle elle avait vraiment des contacts réguliers, marqués toutefois par des conflits souvent importants en raison de la fatigabilité et de l'irritabilité de la recourante. La Dresse L_____ avait évoqué les conditions particulières de l'expertise à la CRR, notamment le fait que la recourante n'avait pas été informée de la date du rendez-vous et qu'ainsi, elle était arrivée très stressée et en larmes, ce qui, selon elle, avait péjoré le tableau. Or, il y avait lieu de relever que l'évaluation des différents experts s'était faite le lendemain et l'évaluation psychiatrique le surlendemain. Enfin, la Dresse P_____ a contesté l'existence de traits de la personnalité histrioniques. Pour sa part, elle n'en retrouvait aucun critère. Elle n'avait jamais vu la recourante dramatiser sa situation ni avoir des affects labiles ni être dans la séduction. Elle avait plutôt des activités distrayantes, réduites justement par manque de plaisir et d'intérêt. Ayant une image d'elle-même très défavorable, elle n'avait pas le souci de plaire aux autres. En revanche, elle présentait certains traits de personnalité « de type état limite » mais sans en remplir les critères.

Au regard de ces éléments, la recourante a fait valoir qu'il était possible, en tant que de besoin, de solliciter des renseignements écrits auprès de la Dresse P_____ ou un complément d'expertise auprès de la CRR.

S'agissant des dépens, c'était à juste titre qu'une indemnité de CHF 800.- avait été mise à charge de l'intimé, compte tenu du comportement procédural adopté par ce dernier. L'arrêt de la chambre de céans du 19 avril 2013 (recte : 29 avril 2013) n'avait pas été attaqué par-devant le Tribunal fédéral, mais par la voie de la réclamation. Par arrêt du 24 juin 2013, la chambre de céans avait partiellement admis cette dernière, mais l'avait rejetée en tant qu'elle tendait à l'annulation de la condamnation aux dépens. À l'heure actuelle, cette question était définitivement réglée et il convenait de rejeter les prétentions de l'intimé en tant que celui-ci concluait au remboursement de ces dépens. 51. Par duplique du 22 juillet 2015, l'intimé a fait valoir que le changement de jurisprudence invoqué par la recourante était postérieur à la décision querellée et qu'en conséquence, il ne déployait pas d'effets pour la procédure en cours. Quant au rapport du 29 juin 2015 de la Dresse P_____, le SMR s'était prononcé à son sujet par avis du 21 juillet 2015. Selon, la docteure S_____, l'épisode de

A/1037/2015 - 20/36 - gravité moyenne relevé par la Dresse P_____ n'était pas en contradiction avec l'avis du SMR du 10 février 2015 et confirmait d'ailleurs le fait que la recourante ne subissait pas de perte d'intégration sociale. En effet, elle conduisait son scooter, avait des activités distrayantes (bien que réduites) et elle avait des contacts réguliers avec sa fille. Dans ses précédents avis, le SMR avait fondé ses conclusions sur des examens médicaux effectués par des médecins (experts dans le cas présent). Pour ce qui était du dosage des psychotropes, il convenait de souligner qu'en présence d'une évolution défavorable, les médecins traitants faisaient habituellement un dosage sérique dans le but d'analyser la compliance et le métabolisme. En l'espèce, ces investigations n'avaient été menées ni par les experts ni par les médecins traitants. D'ailleurs, le dosage évoqué par la Dresse P_____ montrait un taux thérapeutique situé à la limite inférieure. S'agissant enfin des traits de personnalité (et non pas des troubles de la personnalité décompensés), ils n'étaient pas incapacitants. Dans ces circonstances, le rapport de la Dresse P_____

n'apportait pas d'élément susceptible de modifier les appréciations précédentes (avis SMR du 10 février 2015 et du 12 août 2014). 52. Dans ses observations complémentaires du 15 septembre 2015, la recourante a expliqué qu'elle était dans l'impossibilité de produire une détermination de la Dresse P_____ dans le délai imparti mais qu'en date du 24 août 2015, le Dr E_____ avait pris la peine de prendre position au sujet du rapport de la Dresse S_____, médecin sans post-grade, en ces termes : lorsqu'elle le pouvait, la recourante passait la plus grande partie de sa journée alitée, non par oisiveté – l'inverse ayant déjà été démontré – mais parce qu'une grande partie de la journée qu'elle aurait eu à affronter autrement, s'en trouvait ainsi amputée « de façon mécanique ». Actuellement, le frère de la recourante, se trouvait chez elle à Genève pour une période de trois mois, arrivé du Brésil pour encadrer sa sœur en raison de la détérioration psychologique de cette dernière. Le recours, dans cette situation, à un membre de la famille vivant au pays reflétait parfaitement l'absence d'un réseau social digne de ce nom, susceptible d'assurer un soutien adéquat dans ce contexte. Les rapports que la recourante entretenait avec sa fille T_____ étaient décrits comme catastrophiques lors d'une consultation remontant au 19 août 2015. Une prise en charge du « couple mère-fille » avait d'ailleurs récemment été initiée par le biais d'une psychologue du CAPPI-Eaux-Vives afin de désamorcer les conflits. Les contacts réguliers étaient incontournables du fait que mère et fille habitaient à la même adresse, mais ils étaient exempts de moments privilégiés. T_____ avait honte de sa mère, allant jusqu'à lui cacher la tenue d'une réunion de parents d'élèves dans le but de ne pas être associée à sa mère en public. En ce qui concernait le dosage médicamenteux, les valeurs sanguines de Cipralax étaient dans la norme à 78 µmol/litre (cf. intervalle thérapeutique mentionné de 36 à 246 µmol/litre) et non au « taux limite inférieur » comme évoqué de manière incorrecte par la Dresse S_____. Par ailleurs, début août 2015, le traitement antidépresseur avait une fois de plus été modifié par le CAPPI-Eaux-Vives, avec adjonction au Cipralax d'un second antidépresseur, le Cymbalta. Au passage, il convenait de

A/1037/2015 - 21/36 - relever que les dosages sériques d'Efexor (venlafaxine) avaient été demandés en 2012 et 2013 déjà avant l'évolution défavorable sur le plan clinique, confirmant la compliance de la recourante – sur laquelle ne planait d'ailleurs aucun doute – et la présence d'un taux sérique adéquat de venlafaxine. Les affirmations du SMR à ce sujet étaient donc infondées. Enfin, la Dresse S_____ semblait émettre l'hypothèse que la recourante serait une métabolisatrice rapide, ce qui signifie en clair qu'elle inactiverait les molécules des psychotropes ainsi prescrits à des doses insuffisantes. Ce faisant la Dresse S_____ oubliait d'apporter le moindre élément susceptible de corroborer ou d'infirmer cette affirmation. Elle affirmait également de façon péremptoire que les dosages sériques n'avaient pas été effectués ni par les experts ni par les médecins traitants. Cela était faux. En attestaient des prélèvements effectués par le laboratoire Unilabs les 15 février 2012, 14 novembre 2013 et 3 juin 2015 (cf. pièces n. n. recourante). 53. Le 2 octobre 2015, la recourante a produit un rapport du 30 septembre 2015 de la Dresse P_____. Concernant l'intégration sociale, ce médecin constatait une péjoration progressive d'année en année de sa capacité d'utiliser ses ressources sociales. En effet, elle aurait les moyens d'avoir un bon réseau social mais elle arrivait de moins en moins à en bénéficier et à l'utiliser comme ressource. En effet, elle avait quelques contacts sociaux mais qui s'amenuisaient de plus en plus et qui restaient très superficiels, car elle cachait à tout le monde ses problèmes par honte de sa situation. Il était dit dans le rapport SMR du 21 juillet 2015 que la recourante conduisait un scooter, ce qui témoignait d'une bonne intégration sociale. Pour sa part, la Dresse P_____ estimait qu'il s'agissait d'une activité solitaire lui permettant d'éviter

d'affronter le monde, ce qui ne serait pas le cas si elle empruntait les transports publics. En outre, il lui semblait également que l'isolement social n'était pas synonyme de clinophilie. En outre, la Dresse P _____ a souligné que la recourante ne bénéficiait pas d'un soutien immédiat au niveau de sa famille, les membres composant celles-ci habitant tous au Brésil. Quant à la relation filiale, elle était de plus en plus conflictuelle, la recourante n'arrivant plus à jouer son rôle de mère et de soutien envers sa fille, au point où l'une et l'autre se demandaient tout récemment si elles pouvaient encore vivre ensemble. Enfin, les dosages médicamenteux avaient bien été faits (venlafaxine en février 2012 et novembre 2013) et montraient un taux plasmatique bas, ce qui ne témoignait pas obligatoirement d'une mauvaise compliance – car ce taux aurait été encore plus bas dans cette éventualité – mais résultait probablement d'un métabolisme rapide de la venlafaxine. Suite à ces dosages, le « médecin précédent » et elle-même avaient suggéré à la recourante de changer de traitement, ce qu'elle avait refusé dans un premier temps. Finalement, elle avait accepté, il y a plusieurs mois, un changement de venlafaxine pour du Cipralex, pour lequel elle avait fait effectuer un dosage en juin 2015 : l'escitalopram (nom générique du Cipralex) était alors à 78 µmol/litre, taux dans la fourchette thérapeutique. Afin d'optimiser le traitement, elle avait entamé un traitement par Cymbalta qu'elle était en train d'adapter « en cothérapie ». De manière générale, elle insistait sur le fait que depuis le 1er juin

A/1037/2015 - 22/36 - 2013, date où elle avait pris en charge le suivi de la recourante, elle notait une péjoration de l'état clinique avec un découragement de plus en plus important et des capacités d'adaptation de moins en moins efficaces. 54. Le 24 novembre 2015, l'intimé a produit un rapport SMR du 7 novembre 2015. Selon la Dresse S _____, le rapport du 30 septembre 2015 de la Dresse P _____ confirmait le fait que la recourante ne subissait pas de perte d'intégration sociale. En effet, ce rapport indiquait qu'elle avait des contacts sociaux mais que ceux-ci s'amenuisaient et restaient superficiels car elle cachait ses problèmes à tout le monde par honte de sa situation. Quant aux explications fournies au sujet des dosages sériques, elles ne permettaient pas non plus de modifier l'appréciation du cas par le SMR. 55. Le 26 novembre 2015, une copie de ce courrier a été transmise à la recourante avec fixation d'un délai pour faire part d'éventuelles observations. 56. Par communication du 20 janvier 2016, la chambre de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - 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 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. À teneur de l'art. 1 al. 1er 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). Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui

concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

A/1037/2015 - 23/36 - 3. a. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Après réception de la décision sur opposition le 25 février 2015, le délai de recours a commencé à courir le lendemain et est arrivé à échéance le 27 mars 2015. Posté le 27 mars 2015, le recours a été interjeté en temps utile. Respectant également les formes prescrites par la loi, il est recevable (art. 56 à 61 LPGA). b. Se pose également la question de la recevabilité des conclusions prises par l'intimé le 5 juin 2015 en tant qu'elles concernent le remboursement des dépens alloués à hauteur de CHF 800.- à la recourante par arrêt du 29 avril 2013 (ATAS/404/2013), solution confirmée sur réclamation par arrêt du 24 juin 2014 (ATAS/627/2013). La recourante soutient en substance qu'il eût incombé à l'intimé de porter l'affaire au Tribunal fédéral en temps utile. L'intimé considère pour sa part que cette voie de droit ne lui était pas ouverte, la décision sur les dépens étant une décision incidente n'étant pas de nature à lui causer un préjudice irréparable. La question de savoir si le Tribunal fédéral serait entré en matière sur un éventuel recours de l'intimé contre l'arrêt du 29 avril 2013, respectivement celui du 24 juin 2014, souffre en définitive de rester indécise. Dans la mesure où la chambre de céans a déjà tranché la question des dépens sur réclamation, elle ne saurait se prononcer une nouvelle fois à ce sujet, à moins que le Tribunal fédéral ne l'y enjoigne (cf. par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_827/2011 du 13 juin 2012). En l'état, l'arrêt du 24 juin 2014 (ATAS/627/2013) bénéficie à tout le moins de l'autorité matérielle de chose jugée (res judicata ; cf. Benoît BOVAY, Procédure administrative, 2ème éd. 2015 p. 389). Il s'ensuit que les conclusions de l'intimé sont irrecevables en tant qu'elles se rapportent au remboursement des dépens. 4. Il convient à présent de déterminer l'objet du litige. a. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références citées). Les questions qui – bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation – ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroit entre les points non contestés et l'objet du litige (arrêt du Tribunal fédéral 9C_197/2007 du 27 mars 2008, consid. 1.2 et les références).

A/1037/2015 - 24/36 - En l'espèce, la décision querellée refuse à la recourante tout droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Cela étant, le recours dont est saisie la chambre de céans ne concerne que le refus d'octroyer une rente (cf. mémoire de recours, p. 15, section II avant-dernier et dernier paragraphe en relation avec les conclusions principales dudit mémoire). Partant, l'objet du litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité. 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). 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. À 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.

A/1037/2015 - 25/36 - 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 chargés 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. 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

A/1037/2015 - 26/36 - 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 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

A/1037/2015 - 27/36 - 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 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

A/1037/2015 - 28/36 - 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

A/1037/2015 - 29/36 - 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. a. Pour pouvoir calculer le

degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). b. En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). c. 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

A/1037/2015 - 30/36 - 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. 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). a. 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). b/aa. Selon l'art. 59 al.2bis 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). Le Tribunal fédéral rappelle que les nouveaux articles 59 al. 2bis LAI et 49 RAI adoptés lors de la 5^{ème} révision AI visent à ce que l'AI aient à disposition ses propres médecins en vue d'apprécier les conditions médicales du droit aux prestations. Ceux-ci peuvent en raison de leur connaissances médicales spécialisées se déterminer pour l'AI sur la capacité fonctionnelle des assurés. Ainsi, est-il possible de séparer les compétences entre le médecin traitant (traitement médical) et l'assurance sociale (conséquence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail). Toutefois, 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,

A/1037/2015 - 31/36 - 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). b/bb. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RAI – RS 831.201) 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_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). c/aa. 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/bb. 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

A/1037/2015 - 32/36 - cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). c/cc. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine). 12. 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 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).

A/1037/2015 - 33/36 - 13. En l'espèce, la chambre de céans avait considéré, par arrêt du 12 décembre 2011 (ATAS/1237/2011), que la décision de l'intimé du 6 avril 2011, refusant tout droit à des prestations de l'AI à la recourante, se fondait exclusivement sur le rapport d'examen rhumato-psychiatrique du SMR du 7 décembre 2010 et que celui-ci ne pouvait se voir reconnaître de valeur probante. Aussi avait-elle renvoyé la cause à l'OAI en lui enjoignant de mettre en œuvre une expertise rhumato-psychiatrique et de confier cette dernière à des experts indépendants, charge à ceux-ci de déterminer précisément les atteintes de l'assurée et leurs répercussions sur sa capacité de travail, ainsi que les limitations fonctionnelles. L'intimé s'est exécuté en précisant qu'il mettrait en œuvre une expertise pluridisciplinaire selon la procédure prévue par l'art. 72bis RAI, soit via la

plateforme SuisseMED@P (cf. décision incidente du 26 septembre 2012 et l'arrêt du 29 avril 2013 – ATAS/404/2013). Malgré les doutes émis par la recourante au sujet du respect de cette procédure, force est de constater que la recourante a déclaré expressément dans son courrier du 12 décembre 2014 à l'intimé qu'elle ne contestait pas le bienfondé de l'expertise de la CRR, ce qui signifie, en d'autres termes, qu'elle n'entend faire valoir aucune prétention découlant d'une éventuelle violation du mode de désignation des experts. Au demeurant, les doutes exprimés par la recourante à ce sujet n'ont pas lieu d'être, les experts ayant confirmé que le mandat leur avait été « attribué via la plateforme MED@P » (expertise CRR p. 10, 1er paragraphe). La chambre de céans considèrera en conséquence qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le mandat d'expertise pluridisciplinaire a été attribué de façon aléatoire à la CRR et, de façon plus générale, que la procédure ad hoc a été respectée. Rendu le 8 juillet 2014, le rapport d'expertise pluridisciplinaire de la CRR conclut que l'atteinte psychiatrique de la recourante est responsable d'une incapacité de travail de l'ordre de 50% dans quelque activité que ce soit, à la date de l'expertise, mais qu'il n'est pas possible de définir clairement d'un point de vue rétroactif à partir de quelle date le tableau clinique actuel, en particulier avec la composante anxieuse, s'est aggravé. 14. Il ressort de la lecture des conclusions de ce rapport que les experts n'ont déterminé ni le début ni l'évolution de l'incapacité de travail dans l'activité habituelle, ni la capacité de travail exigible dans une activité adaptée (date et taux précis ; cf. liste des questions de l'intimé, in doc 139 p. 2 OAI). La question d'une éventuelle diminution de rendement dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée demeure également sans réponse (cf. liste des questions de la recourante, points 7 et 11, in doc 142 p. 5 et 6 OAI). Dès lors que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références) et que l'invalidité est réputée survenue lorsqu'un assuré présente une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne depuis une année sans interruption notable et que son invalidité est de 40% au moins au terme de cette

A/1037/2015 - 34/36 - année (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI), force est de constater qu'en faisant partir le délai d'attente d'une année depuis la date de l'expertise (18 juin 2014) comme le « suggèrent » les experts faute de précisions dans leurs réponses, une éventuelle invalidité de 50% ne serait même pas réputée survenue au moment déterminant sur le plan procédural – soit le 23 février 2015 dans le cas d'espèce. Il s'ensuit que la chambre de céans se trouve dans une situation similaire à celle qui prévalait à l'époque de l'arrêt du 12 décembre 2011 (ATAS/1237/2011), situation qui avait motivé le renvoi de la cause à l'OAI en vue de la mise en œuvre d'une expertise rhumato-psychiatrique : en effet, il n'est toujours pas possible, en l'état, de statuer sur la capacité de travail de la recourante et partant, sur son degré d'invalidité. À elles seules, les lacunes évoquées seraient suffisantes pour justifier un renvoi de la cause pour instruction complémentaire. Se pose en outre la question de l'applicabilité de la nouvelle jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014 du 3 juin 2015, publié in ATF 141 V 281). Dans son écriture du 22 juillet 2015, l'intimé a indiqué 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 et de rappeler à l'attention de l'intimé 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 – surprenant – tenu par l'intimé, selon lequel la décision contre laquelle l'assurée a interjeté recours le 27 mars 2015, est entrée en force, il y a lieu 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'intimé 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 23 février 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 que prise en considération pour résoudre le présent litige.

A/1037/2015 - 35/36 - En plus de présenter les lacunes évoquées, le rapport d'expertise de la CRR demeure également trop imprécis et pas assez fouillé – notamment sur les comorbidités psychiatriques et la date à partir de laquelle tableau clinique actuel se serait aggravé – pour que la chambre de céans puisse procéder elle-même à une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants, c'est-à-dire déterminer si le trouble somatoforme douloureux diagnostiqué par les experts est invalidant au regard des nouveaux critères jurisprudentiels (ATF 141 V 281). Dans ces circonstances, il s'impose que les experts ayant rendu les expertises ayant servi de base à la prise de la décision querellée soient invités à compléter leur appréciation au regard des indicateurs établis par le Tribunal fédéral et qu'ils complètent, si nécessaire, leurs réponses aux questions qui leur ont été posées par l'intimé (cf. doc. 139 OAI) et par la recourante (cf. doc 142 p. 3-7 et doc. 150 p. 2 OAI) dans la mesure de leur pertinence sous l'angle de ces indicateurs (cf. ci-dessus : consid. 9) et à la lumière des rapports médicaux versés au dossier postérieurement au rapport d'expertise du 8 juillet 2014, en tant que ceux-ci se réfèrent à l'état de santé de la recourante jusqu'au 23 février 2015, date de la décision querellée. L'intimé reste néanmoins libre de requérir ces compléments de la part d'autres experts s'il l'estime plus opportun. Dans ce cas, il lui appartiendra de permettre à la recourante de participer au choix des experts à désigner ou de se conformer à la procédure prévue par l'art. 72bis RAI si l'expertise comprend au moins trois disciplines médicales (cf. ATAS/404/2013). 15. Il se justifie en conséquence d'admettre le recours, d'annuler la décision du 23 février 2015 et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants qui précèdent. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- 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]). Étant donné que la procédure n'est plus gratuite depuis le 1er juillet 2006 (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 1'000.- au vu du sort du recours.

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant

A/1037/2015 - 36/36 - À la forme :

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