

GE_GERICHTE ATAS/706/2015 vom 14. September 2015

GE Cour de justice, 2015-09-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_706_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/706/2015 du 14 septembre 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/706/2015 del 14 settembre 2015

Erwägungen

E. 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.

E. 2

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et

A/3552/2014 - 10/22 - les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, les faits juridiquement déterminants remontent à 2010. Par conséquent, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des dispositions de la LAI consécutives à la 5ème révision de cette loi, puis dès le 1er janvier 2012, en fonction des modifications consécutives à la révision 6a de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante au maintien d'une rente entière d'invalidité au-delà du 31 octobre 2011, singulièrement sur sa capacité de travail et le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité.

E. 5

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al.

1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 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 malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

A/3552/2014 - 11/22 -

E. 6

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 légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). 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.

E. 7

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).

E. 8

Dans un arrêt récent (9C_492/2014 du 3 juin 2015), 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;

A/3552/2014 - 12/22 - ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (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 (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 (II; 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. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération

A/3552/2014 - 13/22 - optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2). 3. Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (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 (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 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

A/3552/2014 - 14/22 - Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est

toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitabile) 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).

E. 9

Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés (cf. ICD). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014 du 3 juin 2015 destiné à la publication 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,

A/3552/2014 - 15/22 - ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

E. 10

L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

E. 11

Pour évaluer le taux d'invalidité, il faut déterminer quelle méthode appliquer en fonction du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir s'il s'agit d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou d'un assuré non actif. Cet examen conduit à appliquer respectivement la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27ss RAI ; ATF 137 V 334 consid. 3.1). Ces trois méthodes peuvent certes aboutir à des taux d'invalidité différents, impliquant des conséquences assécurologiques différentes, qui n'autorisent pas à conclure à des inégalités dès lors qu'elles

ont été voulues par le législateur en considération de la diversité des situations considérées (ATF 137 V 334 consid. 5.5.1). L'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 137 V 334 consid. 3.2). Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré s'il était demeuré valide, il faut tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels, étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). La question du statut de l'assuré doit être tranchée sur la base de l'évolution de sa situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse. Cependant, pour admettre l'éventualité que l'assuré aurait repris une activité lucrative partielle ou complète jusqu'à ce moment-là, il faut des éléments dont la force probante atteigne le degré de vraisemblance prépondérante reconnu habituellement en droit des assurances sociales (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

E. 12

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent

A/3552/2014 - 16/22 - un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est

pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

A/3552/2014 - 17/22 - b. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). c. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). d. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014, op. cit. consid. 8).

Il convient en premier lieu d'examiner quel statut reconnaître à la recourante. Celle-ci se prévaut d'un statut mixte, en soutenant qu'elle a toujours travaillé à temps partiel, que ce statut lui a été reconnu par l'AI dans sa première décision de 2007, et que ses douleurs l'empêchent d'accomplir ses tâches ménagères, de sorte qu'elle doit solliciter l'aide de ses proches.

A/3552/2014 - 18/22 - À titre préalable, on rappellera que la recourante, âgée de 53 ans lors du prononcé de la décision litigieuse, dispose d'une formation d'employée de bureau qu'elle a achevée en 1979. Dès 1982, elle a travaillé pour diverses banques genevoises, notamment à 80% de 2001 à 2006 pour V_____, puis à 100% dès 2007 pour X_____, Y_____ et I_____, dont elle a été licenciée avec effet au 31 mars 2011. De son union avec son époux sont issues deux filles, âgées de 22 et 30 ans. L'aînée est mariée, travaille comme éducatrice et a quitté le domicile familial en 2009, tandis que la cadette habite avec sa mère et recherche un emploi. L'époux, chauffeur chez AB_____, ne vit plus avec la recourante depuis mars 2012. Une procédure de divorce serait en cours. La chambre de céans constate que la recourante a exercé une activité lucrative à 100% dès 2007 pour ses trois derniers employeurs, notamment du 8 juin 2009 au 31 mars 2011 pour la banque I_____. La recourante explique avoir travaillé à plein temps notamment parce qu'elle devait subvenir à l'entretien de ses filles. Or, dans la mesure où la situation financière du ménage commandait apparemment jusqu'en mars 2011 que l'assurée travaille à plein temps, ce alors qu'elle cohabitait avec son époux et que sa fille aînée, avait quitté le domicile familial, on voit mal comment il aurait pu en être autrement après la séparation du couple, car la constitution de domiciles séparés implique en règle générale un accroissement des charges des conjoints. Dans ses écritures du 8 janvier 2015, la recourante soutient qu'en bonne santé, elle n'aurait pas continué à travailler à plein temps face à la « perspective » d'une indépendance financière de ses filles. Cependant, la perspective alléguée ne s'était manifestement pas réalisée à la date déterminante de la décision litigieuse, puisque, selon les derniers renseignements figurant au dossier, la fille cadette est toujours domiciliée chez sa mère et recherche un emploi. Par ailleurs, le fait que la recourante ait parfois été empêchée par ses atteintes de travailler à plein temps ne saurait justifier l'admission d'un statut mixte, car la question de son statut dépend précisément de ce qu'elle aurait fait si ses atteintes n'étaient pas survenues. Il est vrai que l'intimé avait retenu un statut mixte en 2007, dans la mesure où l'assurée lui avait déclaré à l'époque travailler à 80% pour des raisons familiales. Toutefois, contrairement à ce que laisse entendre la recourante, la méthode d'évaluation de l'invalidité appliquée en 2007 ne saurait préjuger du statut à retenir en 2014 (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Fribourg 2011, n° 2051). Au contraire, il y a lieu de tenir compte de l'évolution intervenue depuis la décision initiale, laquelle se caractérise par la reprise d'une activité à 100% pour trois employeurs différents jusqu'au début de l'année 2011, la séparation du couple et le fait que les deux enfants sont désormais majeurs et ne nécessitent donc plus une attention soutenue de la part de leur mère. Ces éléments corroborent l'admission d'un statut d'actif. Pour les motifs qui précèdent et comme le soutient à juste titre l'intimé, il paraît hautement vraisemblable qu'en bonne santé, la recourante aurait continué à

A/3552/2014 - 19/22 - travailler à plein temps afin de subvenir à son propre entretien et à celui de sa fille. C'est donc bel et bien un statut d'actif qui doit être retenu.

Il convient à présent d'évaluer la capacité de travail de la recourante et, pour ce faire, d'examiner la valeur probante des expertises et rapports versés au dossier. Se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire du CEMed de 2013, l'intimé a retenu une capacité de travail de 50% dans toute activité dès mars 2010, de 0% dès janvier 2011, de 50% dès août 2011 puis de 100% avec une diminution de rendement de 20% dès « fin janvier 2012 ». De son côté, la recourante conteste la valeur probante de cette expertise et soutient qu'elle demeure totalement incapable de travailler. La chambre de céans constate que si elle répond à certains réquisits jurisprudentiels, l'expertise du CEMed est incomplète, dans la mesure où les experts ont renoncé à se déterminer sur l'existence d'un trouble somatoforme douloureux tout en arguant que les anciens critères jurisprudentiels permettant exceptionnellement de considérer ce diagnostic comme invalidant n'étaient pas remplis. Ce faisant, ils ont omis de poser un diagnostic clair permettant au juge de comprendre si les critères diagnostics relatifs au trouble somatoforme douloureux étaient réunis. De plus, les experts ont apprécié le caractère surmontable du trouble somatoforme à la lumière des anciens critères jurisprudentiels et sans motiver les raisons pour lesquels ceux-ci ne seraient pas remplis. Or, selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt 9C_492/2014 du 3 juin 2015), il y a dorénavant lieu d'examiner si les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé sont prouvées au degré de la vraisemblance prépondérante au moyen d'une série d'indicateurs standard (cf. supra consid. 8), indicateurs qu'il paraît impossible d'apprécier à ce stade, faute de motivation suffisante par les experts. En outre, il sied de relever que les experts du CEMed n'ont pas discuté des éventuelles répercussions sur la capacité de travail des problèmes d'incontinence et d'épaule droite de l'assurée, lesquels ressortent pourtant de leur anamnèse et de leur status, ainsi que des rapports des médecins de la recourante (cf. notamment rapports des Drs T_____ et U_____ des 13 février et 11 juin 2014). Par ailleurs, on peine à comprendre pourquoi les experts du CEMed ont fixé rétroactivement à fin janvier 2011, respectivement à fin janvier 2012, le recouvrement par l'assurée d'une capacité de travail entière sur le plan psychique et de 80% sur le plan somatique, attendu que le mois de janvier 2011 coïncide avec sa sortie de la clinique de Montana pour un état dépressif sévère, tandis que le mois de janvier 2012 correspond au retrait chirurgical de son bypass. En effet, il paraît surprenant que les experts ne retiennent aucune incapacité de travail consécutive à cette opération, ce sans justification et malgré les conclusions contraires du chirurgien L_____ (cf. rapport de sortie des HUG du 10 février 2012 et rapport du Dr L_____ du 7 février 2014).

A/3552/2014 - 20/22 - Eu égard aux considérations qui précèdent, la chambre de céans estime que l'expertise du CEMed est lacunaire, de sorte que ses conclusions ne sauraient en l'état se voir reconnaître une pleine valeur probante. Quant à l'expertise psychiatrique du Dr G_____ d'octobre 2010, on relèvera que ce médecin a laissées ouvertes ses conclusions sur la capacité de travail, puisqu'il a dans un premier temps estimé la capacité de travail à 50% et jugé « envisageable » une reprise à 70% dès décembre 2010 et à 100% dès mars 2011, tout en proposant un nouvel examen ultérieur selon l'évolution de la situation. Ensuite, dans un rapport subséquent du 12 mai 2011, il a indiqué qu'une invalidité devenait de plus en plus probable et a exprimé le souhait d'examiner une nouvelle fois l'assurée, ce qu'il n'a finalement pas fait, la Nationale Suisse ne l'ayant apparemment pas mandaté à cette fin. Dans la mesure où la capacité de travail n'a pas été réévaluée par cet expert et ne s'est manifestement pas améliorée dans la mesure espérée, la chambre de céans ne saurait se fonder sur les conclusions du Dr G_____. S'agissant enfin des rapports des médecins de la recourante, émanant en particulier des Drs B_____, M_____, H_____, J_____, L_____ et

S_____, ils sont peu motivés et ne se livrent pas à une analyse détaillée de l'ensemble des atteintes de l'assurée, si bien que l'on ne saurait sans autre se fonder sur ceux-ci. Il sied également de 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).

E. 15

En définitive, la chambre de céans constate que la cause est insuffisamment instruite, de sorte qu'elle n'est pas en mesure de statuer définitivement sur la capacité de travail, partant sur le degré d'invalidité et le maintien du droit à la rente. Il se justifie en conséquence d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 17 octobre 2014 et de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Cette instruction pourra être mise en œuvre par un complément d'expertise auprès du CEMed ou par une nouvelle expertise pluridisciplinaire confiée à des experts indépendants, selon la procédure prévue à l'art. 44 LPGA. Les experts se prononceront sur la capacité de travail et son évolution, en tenant compte de l'ensemble des rapports médicaux versés au dossier, y compris ceux produits par la recourante postérieurement à l'expertise du CEMed de 2013. En outre, si les experts confirment finalement le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, il leur appartiendra d'évaluer la capacité de travail à la lumière des indicateurs standard développés par le Tribunal fédéral au consid. 4 de l'arrêt 9C_492/2014 précité, en motivant suffisamment leur appréciation.

E. 16

Depuis la modification de jurisprudence résultant de l'arrêt du Tribunal fédéral du 3 juin 2015 (arrêt 9C_492/2014), l'OAI a indiqué dans diverses procédures

A/3552/2014 - 21/22 - pendantes devant la chambre de céans qu'il n'entendait pas faire application de cette nouvelle jurisprudence dans les procédures en cours. Dans ces conditions, il paraît opportun de relever que la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral relative au trouble somatoforme douloureux est applicable au cas d'espèce, dès lors qu'un changement de jurisprudence s'applique aux affaires pendantes devant un tribunal au moment dudit changement (ATF 108 V 3). La jurisprudence publiée aux ATF 119 V 410, que l'intimé invoque régulièrement pour étayer son refus d'appliquer la nouvelle jurisprudence, n'y change rien, puisqu'elle se penche sur la question de savoir si le fait qu'une décision soit entrée en force s'oppose à l'application d'une nouvelle jurisprudence. Or, le cas particulier ne concerne précisément pas une décision en force, dans la mesure où la décision querellée a fait l'objet d'un recours. Partant, la modification de jurisprudence résultant de l'arrêt du Tribunal fédéral du 3 juin 2015 doit être prise en considération pour résoudre le présent litige.

E. 17

Au vu du renvoi de la cause et dans la mesure où l'instruction entreprise par l'intimé est incomplète, il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise judiciaire.

E. 18

La recourante, représentée par un conseil, obtient partiellement gain de cause, de sorte qu'elle a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixe en l'occurrence à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10 ; art. 6 du règlement

sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03). La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/3552/2014 - 22/22 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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