

## **GE\_GERICHTE A/1995/2015 vom 23. November 2015**

GE Cour de justice, 2015-11-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1995\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1995_2015)

FR: GE\_GERICHTE A/1995/2015 du 23 novembre 2015

IT: GE\_GERICHTE A/1995/2015 del 23 novembre 2015

### **Erwägungen**

#### **E. 10**

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à VERNIER, représentée par FORTUNA protection juridique SA recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante) née le \_\_\_\_\_ 1981, suisse, célibataire sans enfants, opératrice diplômée en horlogerie, est domiciliée à Genève. 2. Le 21 août 2013 elle a présenté une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI, l'office ou l'intimé), reçue le 26 août, pour fibromyalgie et dépression. Elle a indiqué que l'atteinte à la santé existait depuis environ une année. Elle était traitée actuellement par la doctoresse B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, pour dépression et maux de dos, depuis le 5 mars 2013. Elle avait été suivie en juin et juillet 2013 au Centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrée (ci-après : CAPPI ou CTB) de la Servette pour dépression, et dès le 20 août 2013 pour dépression et fibromyalgie par la doctoresse C\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH. Elle était en outre suivie par la doctoresse D\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, laquelle avait d'ailleurs posé le diagnostic de fibromyalgie. 3. Elle travaillait, en dernier lieu pour l'entreprise E\_\_\_\_\_ SA (ci-après : l'employeur). Dès le 7 mars 2013 elle était toutefois en arrêt de travail pour maladie. Son cas était pris en charge par Allianz Suisse SA (ci-après : Allianz ou l'assureur perte de gain), intervenant au titre d'assureur perte de gain dans le cadre de la police d'assurance collective maladie souscrite par l'employeur. Il ressort du questionnaire complété par l'employeur le 10 septembre 2013, que l'assurée avait travaillé pour l'entreprise du 1<sup>er</sup> novembre 2010 au 31 août 2013, le contrat ayant été résilié par l'employeur pour absence de longue durée. Le dernier jour effectif de travail remontait au 4 mars 2013. Elle travaillait à raison de huit heures par jour plus rattrapage, soit 40 heures par semaine plus rattrapage, ce qui correspondait à l'horaire normal de travail dans l'entreprise. Son salaire annuel brut était de CHF 69'810.- soit CHF 5'380.- mensuellement. Ce salaire correspondait au rendement de l'employée. 4. Le 9 septembre 2013, la Dresse B\_\_\_\_\_ a établi un rapport médical à l'intention de l'OAI : elle a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état dépressif depuis mars 2013, de cholécystite nécrotico-hémorragique en juillet 2013, cervicalgies en février 2013. Elle notait, dans les renseignements anamnestiques actuels, les symptômes de tristesse, angoisse, fatigue, dévalorisation de soi, et troubles du sommeil. Elle était sous traitement d'antidépresseurs et suivie psychiatrique pour une durée indéterminée : elle était médicalement incapable de travailler à 100 % dès le 7 mars 2013, en cours. Les restrictions sur l'activité exercée étaient l'intolérance au stress et la difficulté de se concentrer. Du point de vue médical l'activité exercée n'était (actuellement) plus exigible, à 100 %, à réévaluer selon les résultats du traitement et la prise en charge psychiatrique. 5. Il ressort du dossier de

l'assureur perte de gain les éléments médicaux suivants :!

a) Dans son rapport initial la Dresse B \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic ayant une incidence sur l'incapacité de travail de cervicalgies. Le traitement avait débuté le 19 février 2013, l'affection s'est manifestée sous forme de douleurs cervicales d'apparition progressive, répondant mal au traitement.

b) Répondant à un questionnement du médecin-conseil d'ALLIANZ, la Dresse D \_\_\_\_\_, rhumatologue traitante, a précisé dans un courrier du 5 juin 2013 avoir consulté l'assurée à plusieurs reprises depuis le mois de mars 2013 en raison de cervicalgies invalidantes, présentes depuis plusieurs mois. L'examen clinique montre une raideur du rachis cervico-dorso-lombaire et des douleurs musculaires diffuses ; absence de signes de paresthésies ni manque de force musculaire au membre supérieur. Les réflexes ostéo-tendineux (ROT) sont dans la norme. Les tender points pour la fibromyalgie sont franchement positifs (> 11/18). Pendant les nombreux rendez-vous, elle avait pu constater une baisse inquiétante de la thymie de la patiente, raison pour laquelle elle avait proposé une prise en charge psychiatrique, que l'intéressée avait acceptée. Le médecin traitant (Dresse B \_\_\_\_\_) avait pratiqué une IRM cervicale, qui est dans la norme. De son côté la rhumatologue avait pratiqué plusieurs analyses pour dépister une éventuelle pathologie inflammatoire chronique rhumatologique du rachis (radio du bassin, analyse hématologique, IRM dorsale). Les résultats montrent l'absence de signes inflammatoires du rachis. Son diagnostic est la fibromyalgie. Outre la prise en charge psychiatrique, elle a prescrit de la Paroxétine 20 mg et Temesta en cas de crises d'angoisse. Une reprise de travail était pour l'instant inenvisageable, en considération des origines multifactorielles de ses douleurs.

c) Un avis de sortie du 12 juillet 2013 du département de chirurgie viscérale des HUG, après un séjour de l'assurée du 2 au 12 juillet 2013 pour cholécystite aiguë nécrotico-hémorragique, avec intervention du 3 juillet 2013 : cholécystectomie par laparoscopie. L'ERCP (examen des voies biliaires) du 11 juillet 2013 montre une variation anatomique avec papille majeure située au genu supérieur et voie biliaire principale (VBP) inhabituellement courte. Fuite biliaire au niveau du moignon cystique. Sphinctérotomie et mise en place d'une prothèse plastique. Suivi régulier prévu pour 6 semaines après la sortie.

6. Le 31 octobre 2013, la Dresse C \_\_\_\_\_, psychiatre traitante, a répondu au questionnaire-rapport médical de l'OAI : dans l'intitulé du questionnaire (pour l'examen du droit d'une personne assurée adulte) elle a précisé « 50 % mesures pour une réadaptation professionnelle et 50 % pour une rente ». Elle a posé comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail un trouble dépressif récurrent, épisode moyen à sévère (F 33.2) dès mars 2013 et fibromyalgie dès février 2013. Elle suivait la patiente depuis le 21 mai 2013, le dernier contrôle remontant au 26 septembre. Le traitement actuel était une psychothérapie à raison d'une séance par semaine. Elle a répondu, dans une feuille annexe, au chapitre 1.4 (anamnèse) : l'assurée est la cadette d'une fratrie de trois filles. Sa sœur aînée est connue pour un trouble bipolaire; elle est au bénéfice de l'assurance-invalidité depuis plusieurs années. La mère est connue pour un trouble dépressif pour lequel elle est à l'assurance invalidité à 50 %. Le père est atteint d'une épilepsie pour laquelle il est au bénéfice de l'assurance-invalidité. Jeune adulte, l'assurée fait un premier épisode dépressif, suite à une rupture sentimentale. Elle met alors en échec son apprentissage. Elle aura plusieurs emplois par la suite puis, lors d'une période de chômage, elle suit une formation dans l'horlogerie. En février 2013, suite à une fatigue et des douleurs chroniques, un diagnostic de fibromyalgie est posé par la Dresse D \_\_\_\_\_. Suite à l'annonce de ce diagnostic, la patiente présente un état anxio-dépressif important avec troubles du sommeil, troubles de l'appétit, perte de poids, fatigue et baisse de motivation, perte de plaisir. Le traitement antidépressif

est instauré ainsi qu'un anxiolytique. Ne supportant pas son état, son ami - avec lequel elle vivait depuis plus d'un an - la quitte. La patiente lui est alors adressée. Elle présente des idées suicidaires avec projet de se pendre. Un suivi intensif au Centre de thérapie brève est mis en place, qui permettra une amélioration progressive de l'état clinique : disparition des idées suicidaires, mais persistance de ses difficultés (douleurs, et conséquences de la perte d'emploi et de sa rupture sentimentale). Les symptômes actuels sont : un léger ralentissement psychomoteur, une thymie triste, des pleurs. La patiente se montre anxieuse face à son état et à son avenir. Elle se met en retrait, a de la peine à se mobiliser dans les tâches quotidiennes. Elle a perdu 4 kg en deux mois et présente une perte de plaisir. Elle montre un léger trouble de la concentration. Elle n'a plus d'idées suicidaires, et ne présente pas de signes ni de symptômes de la lignée psychotique. Elle se plaint de douleurs importantes à plusieurs endroits du corps ; elle se dit fatiguée et sans motivation. Elle se plaint de troubles de la concentration et d'une perte d'appétit. Le pronostic est difficilement évaluable actuellement. Du point de vue médical l'activité exercée n'est plus exigible. Actuellement, on ne peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou une amélioration de la capacité de travail. En termes de limitations, aucune n'est retenue sur le plan physique. En revanche, sur le plan psychique, le médecin retient : capacité de concentration, d'adaptation et de résistance limitées. Le 6 novembre 2013, l'OAI a établi un rapport d'évaluation dont il ressort notamment sous la rubrique "Attentes exprimées" : « ... L'assurée n'a aucune attente vis-à-vis de notre office. Elle nous fait part de ses craintes quant à notre décision finale, car elle ne se sent aujourd'hui absolument pas capable de reprendre son activité. Elle dit d'emblée que ses médecins l'ont informée du fait que la fibromyalgie n'est pas reconnue par notre assurance comme étant une atteinte invalidante, mais elle ne sait pas comment vivre et travailler avec ses douleurs. Et sous la rubrique "Considération du handicap et ses conséquences" : « l'assurée nous rapporte avoir des douleurs quotidiennes au niveau du dos et dans les cervicales. Elle décrit ses douleurs comme étant incompatibles avec son ancienne activité et qu'elle devrait souvent alterner les positions assise et debout. Elle a essayé de faire de la physiothérapie dans l'eau, mais cela ne la soulage que temporairement. Elle rapporte avoir des difficultés de mémoire et de concentration qui se sont manifestées alors qu'elle était encore en emploi. Elle doit tout noter pour ne rien oublier. » Quant au point de vue de l'assurée sur son avenir professionnel, il est remarqué qu'au premier rendez-vous elle disait ne pas se sentir capable de retourner travailler et qu'elle souhaitait qu'on la laisse tranquille. Toutefois lors du second entretien elle a précisé qu'elle souhaitait retourner travailler, mais qu'elle avait des doutes importants sur sa capacité de travail en termes physiques et qu'elle n'arrivait pas à s'imaginer reprendre à temps complet. Elle était dégoûtée par le milieu de l'horlogerie, et ne savait absolument pas ce qu'elle aimerait faire d'autre. Elle se sentait encore très fragile et incapable de se lancer dans une quelconque démarche professionnelle. En conclusion, au vu des constatations et des données personnelles et professionnelles retenues, il a été convenu avec la psychiatre traitante de refaire le point en janvier 2014 afin de rediscuter d'éventuelles mesures d'intervention précoce (IP) tel qu'un bilan de compétence. Le 5 mars 2014, l'OAI a confirmé à l'assurée la mise en place d'un stage d'orientation en vue de l'exercice d'une activité adaptée, dans le cadre des mesures d'intervention précoce, auprès des Établissements publics pour l'intégration (EPI) du 10 mars au 4 avril 2014. Il ressort en résumé du rapport de fin de stage que l'assurée a été une stagiaire assidue, sans la moindre absence, investie dans la démarche. - Capacités physiques et motricité : elle peut parfois tenir la position assise sans problème

particulier, mais suivant le jour des signes d'inconfort important apparaissent. Ces signes ne sont en principe pas liés à l'activité (aucune de celles-ci n'est particulièrement fatigante dans l'atelier) mais à l'état d'esprit de l'assurée, à sa manière de développer le travail, de tenir les outils et surtout à la tension nerveuse qu'elle peut elle-même y mettre. Les axes corporels sont souvent bien centrés mais les forces mal appliquées. Vu les douleurs dont elle fait parfois part (cervicales, épaules, bras et membres inférieurs) sa résistance n'est actuellement pas suffisante pour une journée entière. Sur le plan dextérité, l'assurée peut être très adroite dans ses gestes, tant en maîtrise et précision qu'en coordination. Sa large expérience dans le façonnage et le montage est clairement visible dans ses résultats. D'un autre côté, des tremblements d'origine indéterminée et à apparition aléatoire ont été décelés, probablement en lien avec son état psychique, mais qui rendraient difficile actuellement tout travail dans sa branche.

- Capacités attentionnelles et intellectuelles : Son niveau d'attention formelle est élevé, tant dans l'écoute des consignes que dans l'exécution du travail lui-même. Elle reste axée sur ce travail sans se laisser distraire par les événements alentours. Par contre la qualité de son attention et surtout de sa concentration laissent parfois à désirer. Plus la demande est théorique, complexe ou demandant de l'abstraction, moins elle arrive à gérer l'activité sans erreur ou oubli de procédure. L'assurée essaye d'organiser son plan de travail de la façon la plus adéquate possible et elle essaye aussi de suivre au mieux les instructions; mais parfois des éléments d'appréciation très simples peuvent lui échapper, ou bien une pièce visible, ou alors un geste de base avec un outil quelconque. Dans une activité complexe, à consignes multiples ou à manipulation délicate, elle peut vite se trouver en échec.
- Capacités d'intégration sociale : bon élément dans un groupe, attentive à l'autre, collaborant avec ses collègues si besoin, même si elle se montre un peu en retrait et aussi d'une certaine manière enveloppée dans sa situation problématique globale. Sa faible image d'elle-même et de l'avenir font penser que ses chances de réadaptation sont très limitées, insuffisantes actuellement pour qu'elle puisse réussir sans aide. Elle peut progresser dans toute activité nouvelle, mais pas maintenant ; elle n'a pas les ressources suffisantes pour gérer une situation nouvelle. Sa résistance au stress environnemental est actuellement basse. Elle pourrait occuper un poste salarié, à temps partiel, mais seulement dans un environnement très adapté, avec un employeur très compréhensif.
- Aptitude à la formation : l'assurée peut suivre sans autre une formation pratique ou avec des éléments théoriques.
- Projets professionnels de l'assurée : actuellement elle n'a pas de projet professionnel précis. Elle dit ne pas se sentir prête pour travailler de suite, physiquement et moralement (les examinateurs pensent qu'une tâche qui aurait un sens et qui serait dans ses cordes pourraient contribuer positivement à l'évolution de son état.

9. Dans une note de travail IP du 31 mars 2014, la gestionnaire de l'OAI consigne la teneur d'un entretien téléphonique avec l'assurée, destiné à faire le point sur le déroulement du stage susmentionné. L'assurée indique que la mesure se passe bien, mais qu'elle avait des problèmes privés : l'assureur perte de gain a coupé ses prestations suite à une expertise effectuée le 14 mars 2014. Il a été jugé qu'elle était apte à travailler à 100 %, dès le 1<sup>er</sup> avril 2014. Elle s'est donc inscrite au chômage dans l'urgence. Un conseiller lui a indiqué qu'elle pourrait éventuellement voir son droit ouvert, malgré son arrêt-maladie. Elle attend la réponse de la caisse de chômage. Elle a effectué son stage aux EPI en étant stressée, après avoir appris l'arrêt des indemnités journalières. Elle se dit très fatiguée en rentrant le soir.

10. ALLIANZ a communiqué à l'OAI copie du rapport de l'expertise psychiatrique qu'elle avait mise en place et confiée au Centre d'expertise médicale (CEMed), et effectuée le 14 mars 2014 par le docteur F \_\_\_\_\_, psychiatre et

psychothérapeute FMH. L'introduction du rapport indique que le dossier est analysé et résumé par un médecin ne participant pas aux examens. L'expert examine l'assurée, après avoir lu attentivement le dossier et le résumé. Le document final est soumis en dernière lecture à un médecin expert n'ayant pas examiné l'assurée, afin de juger de la clarté du texte et de la pertinence des conclusions. [endif]>[if> Le rapport, du 2 mai 2014, comporte les parties suivantes : - Données subjectives comprenant : l'histoire médicale actuelle selon l'expertisée, les plaintes actuelles, l'anamnèse orientée ; l'assurée dit souffrir depuis une quinzaine d'années d'un mal-être intérieur avec une exacerbation depuis un an. Des douleurs chroniques s'installent en mars 2013 et ses douleurs sont à l'origine de l'incapacité de travail. Elle décrit également souffrir de dépression, associée à ses douleurs et utilise le terme de fibromyalgie. L'arrêt de travail a été établi le 5 mars 2013 à 100 %. L'assurée décrit des douleurs au dos, des difficultés à respirer, ce qui amène la Dresse B\_\_\_\_\_ à décider de ce premier arrêt de travail, qui sera repris par la Dresse C\_\_\_\_\_. Après que son médecin traitant l'a envoyée chez le rhumatologue, elle est orientée chez la psychiatre qui la suit depuis juin 2013 (hormis un passage temporaire de crise au CTB). Il n'y a pas eu de tentative de travail ni de projet de reprise d'activité professionnelle depuis le début mars 2013. Elle suit actuellement un stage d'un mois à 50 % aux EPI sous l'impulsion de l'OAI. Le facteur de stress psychiatrique procède, selon l'expertisée, d'une rupture sentimentale, il y a quinze ans. Pas d'autres facteurs de stress connus. La capacité de travail actuelle est de 0 % depuis le 5 mars 2013. Les limitations fonctionnelles selon l'expertisée viennent d'un moral bas, de douleurs dans le dos, les bras, les jambes et une oppression thoracique. Elle décrit des difficultés à suivre les cours de l'OAI ; la concentration est influencée par ses douleurs. Le pronostic de l'assurée quant à sa capacité de travail est de 50 %, sans date précise. Elle s'attend à ce que le stage de l'OAI puisse confirmer ce taux qui n'a pas été autrement évalué et qui se base plutôt sur le ressenti de l'assurée. Le diagnostic de dépression est évoqué la première fois en juin 2013 par le CTB. Le diagnostic de fibromyalgie est posé par la Dresse D\_\_\_\_\_ le 5 juin 2013. Un diagnostic de trouble de la personnalité borderline a été évoqué par sa psychiatre, il y a quelques semaines. S'agissant des plaintes actuelles, spontanément l'assurée mentionne des douleurs tous les jours, jour et nuit, avec des réveils nocturnes, d'intensité variable selon les jours, et plus intenses la journée que la nuit. Ses douleurs sont augmentées par le stress. Elle décrit souffrir également de dépression qui serait la conséquence de la douleur.[endif]>[if> Selon l'anamnèse par trouble, l'expert a inventorié : - les symptômes de la lignée dépressive: humeur dépressive légèrement triste ; diminution légère du plaisir. Cependant l'assurée arrive à lire quelques pages, limitée par une concentration déficiente ; elle s'entoure d'amis et de la famille et se force à sortir tous les jours. Hyperphagie si stressée. Prise de 3 à 4 kg depuis septembre 2013. Pas d'agitation ou de ralentissement psychomoteur. Sentiment de fatigue le matin et durant la journée en particulier. Pas de sentiment de culpabilité, mais baisse de confiance, surtout avec une exigence par moments élevée dans sa relation avec un homme. Pas de diminution de l'aptitude à penser, mais difficultés de concentration sur les tâches intellectuelles. Pas de sentiment de pessimisme : elle se décrit plutôt optimiste, mais avoue maintenir une façade acceptable pour le reste du monde. Pas de pensée de mort ni d'idées suicidaires actuellement. En juin 2013, des idées suicidaires avec projet de pendaison avaient amené à la prise en charge urgente au CTB. Ces idées se sont amendées il y a trois/quatre mois, époque où son traitement a été profondément changé ; - les caractéristiques du sommeil ; - absence de symptômes de la lignée hypomaniaque et maniaque ; - les symptômes de la lignée anxieuse : probables attaques de panique il y a un

an en lien avec de l'agoraphobie, mais pas de critères actuels pour confirmer ce diagnostic et pas de crises d'angoisse particulièrement marquées dernièrement. L'assurée évite néanmoins la foule, se sentant par moments oppressée, mais n'a pas peur de monter dans un ascenseur. Pas de phobies spécifiques. Pas d'obsession ni de compulsion. État de stress post-traumatique : témoin en 2007 de l'agonie puis du décès d'un voisin qui a sauté du 6<sup>e</sup> étage, l'assurée n'ayant pas vu la chute. Pendant quelques mois, elle a présenté des éléments de type évitement et angoisses importantes pouvant représenter un état de stress post-traumatique, ce qui n'est pas le cas actuellement ; - les symptômes de la lignée psychotique : probables antécédents en juin 2013 de sentiment de présence autour d'elle, sans qu'il ne s'agisse d'hallucinations auditives et visuelles, pas d'éléments actuels pour un trouble psychotique ; - pas d'éléments pour des symptômes de déficit de l'attention ; - dépendances : cigarette (un paquet et demi par jour en moyenne depuis son adolescence). Pas d'autres toxiques ; - troubles alimentaires : pas d'éléments ; - personnalité : instabilité des relations interpersonnelles ; instabilité de l'image de soi et impulsivité ; efforts pour éviter les abandons : téléphone, SMS, elle s'entoure de ses parents. Mode de relations interpersonnelles instable, surtout avec des idéalisations. Pas de comportement ou gestes auto-agressifs, d'automutilation. Instabilité de l'humeur. Pas de sentiments chroniques de vide. Contrôle difficile de sa colère. Pas d'idées de persécution, mais présence d'éléments dissociatifs dont le dernier épisode remonte à la veille de l'expertise. L'assurée met ces symptômes sur le compte de troubles de la concentration, mais il semble qu'elle présente des éléments dissociatifs assez régulièrement ; - les activités quotidiennes: lors d'une journée-type, elle se réveille à 8h00, prend son petit déjeuner, mange à l'appartement. Dans l'après-midi, elle sort pour boire un café avec des amis ou seule pour lire ; elle rentre le soir pour manger et se retrouve devant la télévision sans vraiment l'écouter. Elle arrive à ranger l'appartement, parfois avec certaines difficultés; elle peut être amenée à remettre à plusieurs jours le moment de passer l'aspirateur, par exemple. Elle s'occupe de l'administratif, mais a récemment eu des difficultés, surtout en fin d'année avec des oublis de paiement. Elle n'est pas aidée pour sa gestion administrative ni pour ses activités ménagères. Avant, l'assurée faisait de la natation et de la marche, ce qu'elle ne peut plus faire aujourd'hui. Elle sortait beaucoup plus. Quant à ses habitudes, outre le tabac (susmentionné), il est noté : alcool : non ; toxicomanie : non ; activité physique : non ; latéralité : droite ; allergies : aucune ; - Données personnelles, familiales et socioprofessionnelles ; - Données objectives, status psychique : le premier contact est un peu difficile, avec un stress qui disparaît après quelques minutes. Le contact visuel est présent et naturel. Le ton de la voix est affirmé et clair. L'assurée exprime facilement ses pensées et ses émotions. Le débit de la voix est dans la norme. Elle reste assise pendant tout l'entretien et aucun comportement relatif à une douleur n'est observé. Cependant, elle dit avoir mal, se concentrer sur les questions de l'expert et se contrôler pour ne pas bouger. Elle décrit des douleurs générales dans tout le corps. La gestuelle est fluide et harmonieuse. Il n'y a ni excitation ni inhibition. La collaboration est bonne. L'assurée ne présente pas de troubles de vigilance ou de l'attention. Elle est orientée dans le temps et l'espace. La mémoire immédiate est difficile. L'assurée dit noter tout ce qu'elle fait. Elle réfléchit souvent pour se rappeler d'éléments qu'elle a fournis dix à quinze minutes auparavant. La mémoire à long terme est conservée. Le cours de la pensée est dans la norme. L'expertisée est capable de répondre aux questions en restant sur le sujet investigué, sans digression. Le contenu de la pensée est dans la norme. Pas décelé de ruminations, pensées obsessionnelles ni d'idées délirantes, lors de l'entretien. Pas d'illusions, d'hallucinations auditives, visuelles, tactiles ou

cénesthésiques. La conscience de soi est présente. Il n'y a donc pas de perturbation de l'image corporelle ni de dépersonnalisation. Il n'y a pas d'émoussement ou d'abrasion des affects qui sont appropriés. Pas de labilité émotionnelle. Pas d'irritabilité. On note à un moment une baisse d'humeur avec des larmes qui sont très contenues. L'assurée est calme. L'humeur est légèrement triste. Le comportement est approprié. Il n'y a pas d'éléments liés à une compulsion ni à une impulsion.!

Examens et données complémentaires : monitoring médicamenteux le 14 mars 2014 (dosage du Cymbalta)

Synthèse et discussion comprenant, après un bref rappel de l'histoire médicale, la situation actuelle et les conclusions : selon l'expert, l'assurée présente une humeur légèrement triste, des difficultés de concentration, mais l'intérêt et le plaisir semblent conservés. Hyperphagie sous le stress avec prise de 3 à 4 kg depuis six mois. Fatigue, pas d'idées noires ni d'idées suicidaires et pas de troubles majeurs du sommeil. Ces éléments correspondent à une dépression légère (CIM-10; F32.0). Elle présente une instabilité dans les relations interpersonnelles, des difficultés par rapport à l'image de soi et de l'impulsivité ; elle fait des efforts pour éviter l'abandon ; difficultés dans les relations interpersonnelles en particulier dans les relations amoureuses ; instabilité d'humeur, contrôle difficile de sa colère et certains éléments dissociatifs. Ces éléments correspondent à un diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F 60.31). Pas d'éléments actuellement pour un trouble panique, ni pour un état de stress post-traumatique. Le pronostic est bon, sachant que, depuis trois à quatre mois, l'assurée voit une amélioration dans son sommeil et dans son humeur. Pas d'éléments pour corroborer une incapacité de travail à 50 %, pour des raisons psychiatriques. Les mesures thérapeutiques consistent en un suivi psychiatrique et un traitement psychotrope, avec un antidépresseur depuis trois à quatre mois, un neuroleptique pour l'aider à mieux dormir et un benzodiazépine pour aider au sommeil. Le dosage de son antidépresseur ayant montré un résultat inférieur à la norme, il est possible que l'assurée prenne le traitement de manière irrégulière, à moins qu'elle présente une métabolisation rapide. Ce point gagnerait à être discuté avec sa psychiatre. Il n'y a aucune mesure exigible afin d'améliorer la capacité de travail qui est entière dès le 1<sup>er</sup> avril 2014.!

11. Le 22 mai 2014, la doctoresse G\_\_\_\_\_, médecin au SMR, s'est prononcée : le médecin traitant de l'assurée, la Dresse B\_\_\_\_\_, atteste d'une incapacité totale de travail depuis le 5 mars 2013 en raison de cervicalgies d'apparition progressive. Dans ce contexte, la Dresse D\_\_\_\_\_, rhumatologue, réalise un bilan étiologique complet de ses douleurs. Il ressort des différents examens qu'aucun substrat organique ne peut être retenu, faisant poser le diagnostic de fibromyalgie. L'évolution rhumatologique est complétée par une expertise psychiatrique à la demande de l'assureur perte de gain maladie, réalisée le 2 mai 2014 auprès du Dr F\_\_\_\_\_: l'expert ne retient pas d'atteinte psychiatrique justifiant une incapacité de travail. Il note les diagnostics d'épisode dépressif léger (F32.0), de trouble de personnalité émotionnellement labile de type borderline (f60.31), sans influence sur la capacité de travail. Au total cette assurée présente des douleurs cervicales évoluant dans un contexte de fibromyalgie sans critère de gravité, en l'absence de psychopathologie. Dès lors aucune incapacité de travail n'apparaît médicalement justifiée et l'on doit considérer que l'exigibilité est entière dans toutes activités depuis toujours.!

12. Par courrier du 11 juin 2014, l'OAI a confirmé à l'assurée l'octroi de mesures d'intervention précoce sous la forme d'un cours de formation individuelle de pleine conscience/mindfulness.!

13. Le 21 juillet 2014, l'assurée a indiqué à l'OAI qu'elle partait à la Clinique de Montana (ci-après : la clinique) pour un séjour de vingt-et-un jours, pris en charge par son assurance-maladie.!

14. Par courrier du 25 août 2014, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de refus de toutes prestations : se fondant sur l'expertise médicale du Dr F\_\_\_\_\_ et sur l'avis du SMR, qui estime qu'aucune incapacité de travail n'apparaît médicalement justifiée et que sa capacité de travail est entière dans toute activité depuis toujours, il conclut que les conditions d'ouverture du droit à la rente ainsi que les conditions du droit aux mesures de réadaptation ne sont pas remplies. La demande est rejetée. Un délai de 30 jours lui a été imparti pour communiquer par écrit ou oralement ses objections fondées à l'encontre des conclusions de ce projet, ou de demander des renseignements complémentaires à ce sujet. Par courrier du 19 septembre 2014, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision. Son état s'était dégradé : en effet malgré ses efforts pour tenter de trouver une solution de réadaptation, elle se sent déprimée et n'a plus le moral ni la force d'avancer dans ses démarches. Depuis le 8 septembre (2014) elle est dirigée par sa psychiatre aux HUG pour un suivi psychiatrique en situation de crise. Elle annexait à son courrier deux rapports médicaux expliquant son état de santé actuelle : l'un de son médecin traitant, la Dresse B\_\_\_\_\_ ; l'autre de sa psychiatre, la Dresse C\_\_\_\_\_ : - selon la première nommée, les troubles dépressifs que présente sa patiente ne lui permettent pas de reprendre le travail. Elle est suivie de façon hebdomadaire par un psychiatre et va prochainement prendre contact avec un CTB pour avoir un suivi plus serré, ses symptômes dépressifs étant en exacerbation actuellement. Elle se plaint de tristesse, d'angoisses, un sentiment de vacuité, une anhédonie. Elle est restée cloîtrée chez elle, s'isole socialement, dort mal. Elle n'a pas de projet, n'arrive pas à se projeter dans l'avenir, se sent en échec. Elle se tient à disposition pour une nouvelle expertise, la dernière ayant été faite par son assurance perte de gain il y a plusieurs mois. La situation actuelle s'est encore dégradée, d'où son opposition au projet de refus ; - sa psychiatre traitante a pour sa part indiqué qu'à partir d'avril 2014, soit postérieurement à l'expertise psychiatrique de mars 2014, l'état clinique de sa patiente s'était aggravé : dans le contexte de difficultés relationnelles importantes, liées à son trouble de personnalité, et ses perspectives professionnelles lui offrant peu d'espoir au vu de ses difficultés physiques et psychiques, elle a développé (en plus des symptômes qu'elle présentait lors de l'expertise) des angoisses importantes, un sentiment de vide, une incapacité à faire des projets d'avenir, une humeur triste, une fatigue importante, une perte de motivation et une perte de plaisir. Elle se met en retrait, a des ruminations, des troubles de sommeil et des idées noires. Malgré une bonne compliance de la patiente, la mise en place de différents traitements et un séjour en clinique, elle présente actuellement un épisode dépressif majeur qui a nécessité dernièrement de l'adresser à nouveau au CTB. Elle est en incapacité de travail et le pronostic se montre plus réservé que ce qu'on avait pu espérer. Il apparaît dès lors important de réévaluer la situation auprès de l'OAI.

15. Le 30 avril 2015, le SMR s'est prononcé sur les nouveaux éléments médicaux produits par l'assurée à l'appui de sa contestation du projet de décision : les médecins traitants décrivent d'abord une amélioration des symptômes dépressifs au début de l'année 2014, puis une nouvelle péjoration thymique à compter d'avril 2014 « dans un contexte de difficultés relationnelles importantes de l'assurée et de perspectives professionnelles lui offrant peu d'espoir ». L'assurée présente dès lors des angoisses, un sentiment de vide, une humeur triste, une incapacité à faire des projets d'avenir, une fatigue importante, une perte de motivation et de plaisir ; elle se met en retrait, présente des ruminations, des troubles du sommeil et des idées noires. Dans ce contexte le psychiatre retient le diagnostic d'épisode dépressif constitué, sans en préciser l'intensité. De plus, la nature des symptômes décrits reste subjective et d'ordre anamnestique, s'appuyant sur le

discours de l'assurée, plus que sur un status psychiatrique objectif. Enfin, l'analyse des critères CIM-10 retenus par les médecins, vont dans le sens d'un épisode dépressif léger (critères généraux d'un épisode dépressif + 3 critères B + 2 critères C). La situation semble superposable à ce qu'elle était lors de l'expertise psychiatrique du Dr F\_\_\_\_\_, en mai 2014, où l'assurée ne présentait pas de comorbidité psychiatrique d'une acuité suffisante pour justifier une incapacité de travail de longue durée ou l'empêcher d'accomplir un travail en dépit des douleurs qu'elle éprouve sur le plan subjectif. Enfin, il rappelait que l'état dépressif constitue une manifestation (réactive) d'accompagnement de la fibromyalgie, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme une comorbidité psychiatrique autonome de ce trouble. Dans son expertise, le Dr F\_\_\_\_\_ signalait une labilité thymique de l'assurée, permettant de comprendre que l'humeur puisse fluctuer dans le temps, en particulier lorsque la personne se trouve confrontée à des facteurs de stress psychosociaux, tels que ceux évoqués par son médecin traitant, dans le cadre des difficultés interpersonnelles ou des perspectives professionnelles qu'elle rencontre. En conclusion les éléments apportés par l'assurée ne sont pas de nature à modifier les conclusions du SMR du 22 mai 2014.!

16. Sur quoi, par courrier du 6 mai 2015, l'OAI a notifié à l'assurée sa décision de refus de toutes prestations, en tous points conformes au projet précédent, confirmant à l'assurée que le SMR avait examiné les nouveaux documents médicaux qui ne changeaient rien à ses précédentes conclusions.!

17. Par courrier du 29 mai 2015, Fortuna, compagnie d'assurance de protection juridique SA, nantie d'une procuration, a sollicité de l'OAI la copie complète du dossier.!

18. Par courrier recommandé du 10 juin 2015, l'assurée, représentée par son mandataire, a interjeté recours contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice de Genève. Elle conclut préalablement à ce qu'un délai lui soit accordé pour produire les rapports de la Clinique et du CAPPI/CTB, et sur le fond à l'annulation de la décision de l'OAI du 6 mai 2015, ainsi qu'au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, et à ce qu'il soit dit que la recourante a droit aux prestations de l'assurance-invalidité, le tout avec suite de frais et dépens à charge de l'intimé. Dans son avis, le SMR n'avait pris en compte que l'opinion de l'expert psychiatre mandaté par l'assureur perte de gain maladie, en ignorant les avis pourtant concordants de ses médecins traitants, sur les diagnostics et sur son incapacité de travail. Le médecin du SMR a même estimé que sa capacité de travail était entière dans toute activité, et ceci depuis toujours. Or, depuis l'expertise psychiatrique, elle avait été hospitalisée à la Clinique pendant 21 jours, du 22 juillet au 11 août 2014, et par la suite, malgré différents traitements et ce séjour hospitalier, elle a présenté à l'automne 2014 un état dépressif majeur qui avait nécessité un nouveau suivi intensif au CTB, du 1<sup>er</sup> octobre au 9 janvier 2015. Elle souffre d'une dépression moyenne, voire sévère. Elle se plaint de douleurs chroniques et invalidantes dans tout son corps, présente une fatigue, des troubles du sommeil et de l'appétit, a subi une perte de poids, ainsi qu'une baisse de motivation et perte de plaisir, un diagnostic de fibromyalgie ayant aussi été posé. Il en résulte une complète incapacité de travail depuis mars 2013, attestée par ses médecins traitants, dont l'avis a été totalement ignoré par l'expert psychiatre aussi bien que par le médecin du SMR, sur lequel l'intimé se fonde pour refuser toutes prestations. L'avis de l'expert et celui du SMR minimisent tous les symptômes présentés par la recourante, notamment ses douleurs généralisées et la fatigue l'empêchant de mener une vie normale. Ces avis manquent de logique, de pertinence clinique, sont incomplets et doivent être écartés.!

19. Le 6 juillet 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours. En l'état les éléments apportés ne permettaient pas une

appréciation différente du cas. L'OAI se réserve de transmettre les rapports annoncés par la recourante dans ses écritures à son service médical, et de se prononcer ultérieurement à leur sujet.!

Le 16 juillet 2015, la recourante, par son conseil, a communiqué à la chambre de céans le rapport médical de la Clinique du 30 octobre 2014, ainsi que de nouveaux rapports médicaux des Dresses B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_, tous deux datés du 22 juin 2015. La recourante persiste dans ses conclusions. Comme confirmé dans le rapport de la clinique susmentionnée, la recourante a séjourné dans cet établissement notamment pour un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, du 22 juillet au 11 août 2014. Après ce séjour les médecins de ladite clinique ont conseillé un suivi ambulatoire par la psychiatre traitante, ainsi que la consultation du centre de la douleur à Genève.!

Il ressort du rapport de la clinique du 30 octobre 2014 que le diagnostic principal était celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et les comorbidités actives sont : troubles de la personnalité de type borderline, fibromyalgie, tabagisme actif, obésité stade I. Il est noté dans les antécédents : troubles mentaux et comportement lié à l'utilisation de cannabis, actuellement abstinente. Les motifs d'hospitalisation sont : soutien psychologique, l'éloignement des facteurs de stress. La patiente a profité d'une prise en charge multidisciplinaire, sur les plans psychologique, physiothérapeutique et nutritionnel. La Dresse B\_\_\_\_\_ mentionne les diagnostics de trouble dépressif récurrent, personnalité borderline, fibromyalgie, dysplasie de la hanche gauche. N'étant pas psychiatre, elle ne peut se prononcer sur les diagnostics de trouble de la personnalité de la patiente, mais relève que celui de personnalité borderline est retenu dans la lettre de sortie de la clinique, l'état dépressif à cette époque étant qualifié de modéré. Elle ne peut se prononcer sur la situation actuelle de la patiente, ne l'ayant pas revue depuis février 2015. En résumé, elle renvoie essentiellement au psychiatre traitant, suivant personnellement la patiente pour ses problèmes somatiques et restant en appui pour le problème psychiatrique, quand les référents sont absents par exemple. La Dresse C\_\_\_\_\_ indique suivre la patiente depuis le 21 mai 2013 en raison d'un trouble anxio-dépressif récurrent, épisode moyen à sévère (F32.2), une personnalité émotionnellement labile (F60.3), une fibromyalgie et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, utilisation nocive pour la santé (F14.1). La patiente suit une thérapie, à raison d'une séance par semaine ainsi qu'un suivi infirmier une fois par semaine au CAPPI. Son traitement pharmacologique comprend un antidépresseur, un neuroleptique et un anxiolytique. Les limitations fonctionnelles de la patiente consistent en des angoisses importantes, un sentiment de dévalorisation, une perte de confiance en ses capacités, un épuisement, une perte de motivation et des douleurs importantes. Elle peine à se mobiliser au niveau physique et psychique pour des activités quotidiennes, ainsi que pour la gestion administrative. Sa consommation de toxiques peut être comprise comme une fuite, mais aussi comme une envie de se détruire. La capacité de travail est nulle depuis le début de la prise en charge psychiatrique. Il reste difficile de se prononcer quant au pronostic: en effet, l'état clinique s'étant amélioré au début de l'année 2014, la possibilité de reprendre une activité professionnelle avait été annoncée ; mais l'état de la patiente s'est péjoré et ne s'est pas nettement améliorée depuis. Le diagnostic retenu par l'expert psychiatre au moment de l'expertise concorde avec le sien, mais l'état clinique de la patiente s'est aggravé par la suite. Sa consommation de toxiques n'avait pas été exposée à l'expert. Le suivi au CAPPI, consécutif au séjour à la clinique de Montana a duré six mois et un suivi infirmier est maintenu encore actuellement. Actuellement le diagnostic de fibromyalgie n'est pas retenu pour l'administration d'une rente ou une mesure de réadaptation professionnelle, mais il lui semble important de pouvoir considérer l'état

anxio-dépressif moyen à sévère de la patiente et son trouble de personnalité comme des pathologies psychiatriques en tant que telles. Bien qu'ils se basent sur des symptômes subjectifs apportés par la patiente, ils sont validés par son évaluation et dénotent d'une souffrance, d'une incapacité à se mobiliser et semblent peu évoluer. Cette symptomatologie a également été constatée par les soignants du CTB. 21. En date du 17 juillet 2015, la chambre de céans a interpellé l'intimé, en lui impartissant un délai au 7 août 2015 pour se déterminer par rapport à l'arrêt du Tribunal fédéral du 3 juin 2015 (arrêt 9C\_492/2014) modifiant sa jurisprudence en matière d'évaluation du droit à une rente AI en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées, ceci au vu du diagnostic de fibromyalgie posé dans le cadre de ce dossier. 22. Par courrier du 4 août 2015, l'intimé a rappelé qu'en matière d'assurances sociales les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ; un changement de jurisprudence n'est pas un motif ni de révision ni de reconsidération et ne déploie, en règle ordinaire, des effets que pour l'avenir. Il a donc conclu que l'interdiction de la rétroactivité faisait ainsi obstacle à l'application des principes dégagés dans l'arrêt du tribunal susmentionné aux faits couverts par sa décision du 6 mai 2015. 23. Par courrier du 7 août 2015 la recourante s'est déterminée sur la position de l'intimé en relation avec ce changement de jurisprudence. En matière de fibromyalgie, la présomption selon laquelle cette affection ou ses effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible a été abandonnée par la jurisprudence du Tribunal fédéral. Désormais la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurés, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Selon la nouvelle jurisprudence, il convient plus qu'avant de tenir compte des effets de l'atteinte à la santé sur les aptitudes de la personne concernée à exercer son travail et les fonctions de sa vie quotidienne. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de « troubles somatoformes » présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement à l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle vont également fournir des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il va falloir aussi tenir compte des ressources personnelles dont dispose la personne concernée eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisir) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. En l'occurrence l'appréciation du SMR et de l'expert, qui ont estimé que l'assurée présentait des douleurs cervicales évoluant dans un contexte de fibromyalgie sans critère de gravité, en l'absence de psychopathologie est contredite par celles du 9 septembre 2014 et du 22 juin 2015 de la psychiatre traitante ainsi que par les médecins de la clinique, lesquels ont posé comme diagnostics un trouble anxieux et dépressif récurrent moyen à sévère, un trouble de la personnalité de type borderline, une personnalité émotionnellement labile, une fibromyalgie et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, utilisation nocive pour la santé. Au regard des principes développés par la nouvelle jurisprudence, on retiendra que tout au contraire de ce qui a été retenu par le SMR, en raison de son état dépressif et de la fibromyalgie, la recourante s'est retrouvée en incapacité de travail depuis mars 2013. Elle a également été suivie depuis cette date par sa psychiatre. Actuellement elle suit toujours une thérapie à raison d'une séance par semaine chez sa psychiatre ainsi qu'un suivi infirmier une fois par semaine au CTB. De plus elle prend un traitement médicamenteux lourd. Après

plusieurs mois de traitement, certes, la recourante s'est sentie mieux sur le plan de l'humeur. Or, à partir d'avril 2014, son état clinique s'est aggravé, ce qui a conduit à l'hospitalisation et à un nouveau suivi au CTB. Ces faits n'ont pas été pris en compte par l'intimé ni dans son projet ni dans la décision entreprise. En l'espèce il résulte des rapports produits que la recourante souffre non seulement de fibromyalgie mais d'autres pathologies plus graves et plus étendues que celles reconnues par l'expert psychiatre dans son rapport du 2 mai 2014 et retenues par le SMR. Les pathologies dont souffre la recourante ont empiré depuis avril 2014. La jurisprudence nouvelle, plus favorable au cas de la recourante doit être appliquée.

24. Par courrier du 27 août 2015, la recourante a encore produit le rapport médical du 17 août 2015 du CAPPI Servette : le docteur H\_\_\_\_\_ a suivi la recourante du 1<sup>er</sup> novembre 2014 au 24 février 2015. Au début de la prise en charge, il a constaté un abaissement de la thymie, une diminution de l'intérêt du plaisir, une réduction d'énergie entraînant une augmentation de sa fatigabilité et une diminution de son activité, une diminution de sa concentration et de l'attention, une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, des idées de culpabilité et de dévalorisation, une attitude morose et pessimiste face à l'avenir et des idées auto-agressives et suicidaires passives. Avec tous ces éléments cités, il avait posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2). Il était d'accord avec le diagnostic du psychiatre traitant au sujet de la personnalité de la patiente : personnalité émotionnellement labile (F63.0). La patiente avait bénéficié, pendant son suivi, d'entretiens infirmiers une à deux fois par semaine et d'un entretien médical une fois par semaine. Elle avait aussi suivi les groupes thérapeutiques. A sa sortie elle était sous traitement médicamenteux (décrit). Ses limitations fonctionnelles à la sortie étaient une fatigabilité, peu de résistance au stress, et pauvres capacités de concentration. Pendant le suivi de la patiente au CAPPI elle n'était pas en état de travailler. En ce qui concerne les diagnostics posés par l'expert psychiatre, dans son rapport de mai 2014, il était d'accord avec le trouble de la personnalité émotionnellement labile, mais en ce qui concerne l'épisode dépressif présenté lors du premier contact avec la patiente en novembre 2014, celle-ci présentait des critères de dépression sévère (F33.2). S'agissant de la conclusion de l'expert psychiatre, selon laquelle aucune incapacité de travail pour des raisons psychiatriques n'était justifiée, ceci depuis toujours, il ne pouvait pas se prononcer sur l'état de la patiente au moment de l'expertise. Par contre, lors de son suivi au CAPPI, son état était trop grave pour qu'elle puisse assumer un travail. À sa sortie il était constaté que la patiente présentait des critères pour une dépression moyenne.

25. Les divers avis médicaux susmentionnés ont été soumis par l'intimé à son service médical. Le 21 septembre 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions et s'est ainsi prononcé sur le rapport médical susmentionné, en annexant à sa détermination le rapport du SMR du 11 septembre 2015 ce sujet. Le rapport du CAPPI ne permet pas de remettre en question les conclusions de l'expertise psychiatrique sur lesquelles le SMR avait fondé ses propres conclusions. Il ne permet pas non plus de savoir si l'état de santé et la capacité de travail se sont modifiés entre l'expertise de mai 2014 et le 1<sup>er</sup> novembre 2014. L'évolution de la recourante depuis la sortie du CAPPI en février 2015 n'est pas connue. Dans ce contexte, même si une aggravation transitoire de quatre mois est suggérée par les informations du Dr H\_\_\_\_\_, celles-ci ne sont pas suffisantes pour retenir une aggravation durable au sens de l'AI. Il conviendrait de connaître l'évolution de santé depuis le 27 février 2015.

26. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup>

janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement de savoir si elle peut justifier d'une atteinte à la santé entraînant une diminution de sa capacité de travail et de gain, déterminant un taux d'invalidité lui donnant droit à des prestations légales d'invalidité notamment à une rente, ou si c'est à juste titre que l'intimé lui a nié tous droits à des prestations, dans sa décision du 6 mai 2015. 5. Aux termes de l'art. 8 al. 1 er 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'assurée sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1 er 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. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et

les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2) 7.

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes 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 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 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. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2). 3. Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2). C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3). II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4). A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se

réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine). 10. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

!endif]>![if> Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle

mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères pertinents - lui permettent de surmonter ses douleurs. Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leur les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 648/03 du 18 septembre 2004 consid. 5.1.3 et 5.1.4). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail n'est plus du tout ou seulement partiellement exigible de sa part. On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 652/04 du 3 avril 2006 consid. 2.3). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance

qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_833/2007 du 4

juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1). En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si 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).!

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 répond pas suffisamment aux questions auxquelles il faut répondre, selon la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux, le Tribunal fédéral a expressément laissé la possibilité d'un renvoi à l'administration afin que soient posées les questions complémentaires à l'expert (ATF 141 V 281 consid. 8). 12. Invité à se déterminer, l'OAI a indiqué le 4 août 2015 qu'il n'entendait pas appliquer la nouvelle jurisprudence fédérale à la présente cause, au motif qu'« en matière d'assurances sociales, les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1). Un changement de jurisprudence n'est un motif ni de révision, ni de reconsidération et ne déploie, en règle ordinaire, des effets que pour l'avenir (ATF 119 V 413 consid. 3a et les références) ». Il est évident qu'une nouvelle jurisprudence ne constitue ni un motif de révision ni un motif de reconsidération. Il va également de soi qu'un changement de jurisprudence ne vaut que pour les cas futurs. Il importe en revanche de souligner qu'il s'applique pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment du changement de jurisprudence (ATF 108 V 3 ). Il n'est alors question ni de révision ni de reconsidération. S'agissant du raisonnement tenu par l'OAI, selon lequel la décision contre laquelle l'assurée a interjeté recours le 6 mai 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'OAI cite expressément un arrêt du Tribunal fédéral à l'appui de son refus de se déterminer quant à la nouvelle jurisprudence (119 V 410). En effet, dans cet arrêt, le Tribunal fédéral se demande en réalité si le fait qu'une décision soit entrée en force s'oppose à une application de la nouvelle jurisprudence. La décision du 6 mai 2015 n'étant en l'espèce pas entrée en force, la modification de jurisprudence à laquelle a procédé le Tribunal fédéral dans son arrêt du 3 juin 2015 ne peut être que prise en considération pour résoudre le présent litige. 13. En l'espèce, le diagnostic de fibromyalgie a été posé par la Dresse D\_\_\_\_\_ dans son rapport du 5 juin 2013, qui constate que les "tender points" pour la fibromyalgie sont franchement positives (> 11/18). La Dresse C\_\_\_\_\_, psychiatre traitante, dans sa réponse au questionnaire de l'OAI le 31 octobre 2013 a confirmé ce diagnostic comme invalidant et associé à un trouble dépressif récurrent, épisode moyen à sévère (F 33.2) dès mars 2013. Elle suivait la patiente depuis le 21 mai 2013. Il ressort du dossier que la recourante a développé un trouble dépressif, en réaction au diagnostic de fibromyalgie, ce qui, indépendamment du critère de gravité requis, ne constitue en principe pas une comorbidité au sens de la jurisprudence. L'OAI a considéré, sur la base du rapport d'expertise établi le 2 mai 2014 par le Dr F\_\_\_\_\_ sur mandat de l'assureur perte de gain maladie, et de l'avis du SMR se fondant principalement sur ce rapport qu'il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique grave, d'une part, et que les critères requis par le Tribunal fédéral jusqu'ici n'étaient pas réalisés, d'autre part. Il a dès lors exclu la présence d'une fibromyalgie invalidante et rejeté la demande. Or, par arrêt du 3 juin 2015, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence. Il y a dorénavant lieu d'examiner si les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé constatée médicalement sont prouvées de manière définitive et sans contradiction avec une vraisemblance (au moins)

prépondérante au moyen des indicateurs standard. Force est de constater que l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_ ne permet pas de répondre à ces questions. L'expert psychiatre a procédé à une anamnèse relativement complète, a inventorié les diagnostics retenus par les médecins traitants de la recourante, notamment celui de fibromyalgie, qu'il n'a toutefois pas retenu dans ses propres conclusions. Dans son status psychique, il a relevé que l'assurée restait assise pendant tout l'entretien et aucun comportement relatif à une douleur n'avait été observé. Il notait cependant qu'elle disait avoir mal, se concentrer sur ses questions et se contrôler pour ne pas bouger. Elle décrivait des douleurs générales dans tout le corps. Dans la discussion du cas, l'expert s'est borné à examiner la situation de la recourante, sous l'angle des troubles psychiques, retenant les diagnostics de dépression légère, et de troubles de la personnalité émotionnellement labile de type borderline. L'expert n'a toutefois pas indiqué les raisons pour lesquelles il s'écarterait, dans une certaine mesure, du diagnostic retenu par le psychiatre traitant qui qualifiait l'atteinte psychiatrique de moyenne à sévère et non pas seulement légère. Quant à l'incapacité de travail de la recourante, l'expert s'est borné à rappeler que l'incapacité de travail était de 100 % depuis le 5 mars 2013 en raison de douleurs, et que cette incapacité était certifiée par le psychiatre traitant. Dans une discussion, somme toute sommaire, l'expert s'est borné à affirmer qu'il n'y avait actuellement pas d'éléments pour corroborer une incapacité de travail à 50 % pour des raisons psychiatriques. On relèvera notamment que l'expert n'a décelé aucun des critères de l'ancienne jurisprudence, toujours valables au demeurant, qui permettraient d'exclure le caractère invalidant d'une atteinte à la santé, soit notamment l'exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, qui, ordinairement, permet de conclure 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). Ainsi, la motivation de l'expertise ne permet pas pleinement à la chambre de céans de comprendre les raisons pour lesquelles l'expert s'est écarté des conclusions des médecins traitants, ceci quand bien même elle garde à l'esprit les principes qui doivent guider la comparaison entre l'opinion exprimée par un expert et celle des médecins traitants. Cette insuffisance apparaît encore plus clairement, lorsqu'on met en perspective ce rapport et les exigences de la récente jurisprudence (ATF 141 V 281) qui a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 ; ATF 131 V 49 ; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part. A ce sujet, on rappellera que désormais le Tribunal fédéral considère que 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). Il n'est pas indifférent non plus de rappeler que le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue. La jurisprudence a toutefois précisé qu'il convenait aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé, et a ainsi considéré qu'une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail n'est plus du tout ou seulement partiellement exigible de sa part. Or dans le cas d'espèce, l'assuré perte de gain maladie n'a mis en place qu'une expertise psychiatrique, dont le résultat montre qu'il eût, dans le cas particulier, été nécessaire de procéder par une expertise interdisciplinaire, non seulement psychiatrique mais également rhumatologique. Ainsi, la chambre de céans estime nécessaire de compléter l'instruction de cette affaire, par la mise en place d'une nouvelle expertise, pluridisciplinaire celle-ci, associant les spécialités de rhumatologie et de psychiatrie, charge aux experts d'examiner le cas de la recourante par rapport aux exigences actuelles de la jurisprudence, notamment aux fins d'évaluer le degré de gravité de l'atteinte relevant de la fibromyalgie, et de déterminer son caractère incapacitant en prenant également compte les caractéristiques de l'atteinte psychique de l'intéressée, pour déterminer dans quelle mesure elle dispose de ressources suffisantes et exigibles pour surmonter le cas échéant les conséquences des atteintes à la santé sur sa capacité de travail. Dans le contexte de la nouvelle expertise, les examinateurs auront également à disposition les renseignements résultant de l'observation professionnelle réalisée par l'intimé – dont le premier expert ne disposait pas à l'époque, car le stage était en cours au moment de l'expertise. Les experts pourront également apprécier la situation en fonction de son évolution depuis le moment de la précédente expertise, soit au printemps 2014, dès lors qu'apparemment entre le moment où il a été procédé à cette expertise et le moment où a été rendue la décision entreprise, l'état de santé de la recourante s'est aggravé, ce qu'en cours de procédure le SMR n'a pas nié, mais a relativisé, constatant que s'il y avait eu une probable aggravation de l'état de santé de la recourante, dans la seconde partie de l'année 2014, jusqu'au début 2015, on ne pouvait se déterminer sur son caractère durable, faute notamment de connaître son évolution après le mois de février 2015. Il se justifie en conséquence d'admettre le recours, d'annuler la décision du 6 mai 2015 et de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire par la mise en place d'une nouvelle expertise bidisciplinaire, au sens des considérants, et pour nouvelle décision. 14. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art.

69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.![endif]>![if> 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.