

GE_GERICHTE A/2572/2019 vom 25. Juni 2020

GE Cour de justice, 2020-06-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2572_2019

FR: GE_GERICHTE A/2572/2019 du 25 juin 2020

IT: GE_GERICHTE A/2572/2019 del 25 giugno 2020

Erwägungen

E. 6

Il 738 consid. 2b Pour savoir si des conclusions ont déjà été définitivement tranchées dans un jugement précédent, il convient de se fonder non pas sur les constatations du prononcé attaqué mais sur le jugement précédent, dont le dispositif définit l'étendue de la chose jugée au sens matériel. L'autorité de la chose jugée est limitée au seul dispositif du jugement. Pour connaître le sens et la portée exacte du dispositif, il faut parfois se référer aux considérants en droit du jugement (ATF 1 42 III 21 0 consid. 2.2 p. 213; arrêt 8C 81 6/201 5 du 12 septembre 201 6 consid. 3,1 et les références). d. En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité depuis la dernière décision entrée en force le 15 mars 1996. La décision de refus de rente du 7 décembre 2010 a été confirmée par la chambre de céans le 20 mai 2011, qui a reconnu une pleine valeur probante à l'expertise du CEMed. Celle-ci avait retenu que l'activité habituelle de brocanteuse n'était plus possible dans la mesure où elle supposait le port de charges itératif, mais qu'une activité de brocanteuse dédiée uniquement à la vente restait exigible à plein temps avec un rendement complet et qu'une activité de brocanteuse sans port de charges était exigible à 50%. Dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire sans port de charges et permettant le changement fréquent de postures, l'exigibilité était de 100%, sans baisse de rendement. Dans la mesure où le Tribunal fédéral n'a cassé, le 15 mars 2012, l'arrêt de chambre de céans qu'en ce qui concernait le revenu avec invalidité pris en considération, la décision de l'OAI du 7 décembre 2010 est entrée en force en ce qu'elle retenait une capacité de travail totale de l'assurée dans une activité adaptée. Dans sa décision de refus de prestations du 8 juin 2015, l'OAI a retenu qu'il n'y avait aucune nouvelle atteinte ou aggravation notable de l'état de santé et que la capacité de travail résiduelle qui prévalait en 2009 était toujours la même, à savoir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et une demi-capacité de travail dans l'activité habituelle. La chambre de céans a annulé la décision et renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, considérant que dans la mesure où la première décision de l'OAI et l'arrêt de la chambre de céans avaient été annulés par le Tribunal fédéral, il y avait lieu de tenir compte de tous les faits déterminants jusqu'au moment de la décision querellée du 8 juin 2015, dont l'évolution de l'état de santé de l'assurée, qui avait allégué une aggravation et communiqué à l'OAI plusieurs rapports médicaux à cet égard. La chambre de céans ne s'étant pas clairement prononcée sur la capacité de travail de l'assurée dès le 8 décembre 2010, l'on ne peut considérer que celle-ci a été définitivement fixée jusqu'au 8 juin 2015. Le présent litige porte ainsi sur la capacité de travail de l'assurée dès le 8 juin 2010. En revanche, le revenu avec invalidité pris en compte par l'OAI doit être revu dès la naissance de l'éventuel droit à une rente d'invalidité de la recourante, soit en 2007, la demande en cause ayant été déposée en décembre 2006. 5. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou

la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. 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. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (art. 7 LPGA), ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA). Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance. Cette réglementation n'est toutefois pas applicable dans les cas où le délai d'attente a commencé à courir avant le 1er janvier 2008 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_583/2010 du 22 septembre 2011 consid. 4.1). Dans cette hypothèse et lorsque la demande a été déposée avant le 1er juillet 2008 (cf. ATF 138 V 475 consid. 3; Lettre-circulaire n° 300 de l'OFAS du 15 juillet 2011, Droit transitoire: application des

délais de péremption), en dérogation à l'art. 29 al. 1 LAI (nouvelle teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), la rente peut alors être versée dès que l'année d'attente est achevée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_473/2011 du 14 mai 2012 consid. 4.1). Par conséquent, le droit à la rente prend naissance à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable à condition que le requérant ait déposé sa demande dans les douze mois dès la naissance du droit. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). En 2017, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7). Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). Il convient dorénavant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources), à l'aide des indicateurs suivants :

a. 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. 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.

b. Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la 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. c. La comorbidité psychique 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 psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité. d. Il convient ensuite 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. e. Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles ne doivent 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 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. f. Il s'agit, encore, 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 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. g. Il faut examiner ensuite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour 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. 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. La reconnaissance de l'existence desdits troubles 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). Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il 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 difficultés décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés 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 (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2). 8. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 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). 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du

médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 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 oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 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). 9. 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). 10. 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 oeuvre 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 oeuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, 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). 12. En l'espèce, l'intimé a fondé la décision querellée sur l'avis du SMR du 8 octobre 2018, qui se fondait lui-même sur les conclusions des expertises du CEMEDEX et du CEMed. La recourante conteste la valeur probante de l'expertise du CEMEDEX. Il faut relever en premier lieu que les experts ont rendu leur premier rapport du 14 août 2018 sur la base d'un dossier incomplet, ce qu'ils n'ignoraient pas puisqu'ils ont seulement indiqué dans leur résumé du dossier que le rapport établi le 17 mai 2016 par le Dr J_____ était en allemand, alors qu'ils ont résumé les autres pièces du dossier. Cela étant, il ressort du rapport de l'expert- psychiatre qu'il a tenu compte d'un avis SMR résumant le rapport du Dr J_____ de sorte que l'on ne peut reprocher aux experts de ne pas en avoir tenu compte. Par ailleurs, les experts ont résumé la demande de rapport de l'OAI au Dr E_____ du 19 mars 2018, mais pas le rapport établi par celui-ci le 18 mai 2018, que l'OAI leur avait pourtant transmis le 28 mai 2018. Ils n'ont donc pas fondé leur rapport principal sur ce rapport récent du médecin traitant orthopédiste de l'assurée. Or, ce rapport était important, dès lors que l'OAI avait lui-même suggéré, pour faciliter la procédure d'attribution de l'expertise pluridisciplinaire par SuisseMED@P, de supprimer le volet neurochirurgie et de demander des renseignements médicaux au Dr E_____ après examen de l'assurée, à sa charge, précisant que le rapport de celui-ci devrait être transmis aux experts. Les experts ont certes complété leur rapport après avoir pris connaissance du rapport du Dr E_____, mais leur rapport complémentaire du 26 septembre 2018 est particulièrement succinct, de sorte qu'il ne répare pas sérieusement le vice du premier rapport. Le rapport complémentaire est par ailleurs peu convaincant, car il répète les conclusions du Dr N_____, sans discuter le fait que celles-ci étaient fondées, notamment, sur le fait que l'assurée n'avait pas de dérouillage matinal, alors que le Dr E_____ retenait dans son rapport du 18 mai 2018 qu'elle avait des douleurs le matin et qu'elle avait parfois besoin de l'aide de son mari pour se lever. Il faut également relever à cet égard que le Dr N_____ a lui-même indiqué dans son rapport, sous la rubrique « déroulement d'une journée normale », qu'il n'y avait pas de difficulté ou de dérouillage matinal « majeur », ce qui ne correspond pas à une absence. L'expert en médecine interne générale a, pour sa part, indiqué que l'assurée avait mentionné que le matin, c'était son mari qui la sortait du lit, ce qui confirme, à tout le moins des difficultés pour se lever. Il en résulte que l'expertise contient des contradictions. Par ailleurs, comme l'a encore relevé la recourante, le Dr N_____ n'a pas discuté les conclusions contraires aux siennes des Drs I_____ et E_____ des 1^{er} mai 2016 et 18 mai 2018. S'agissant des conclusions du Dr M_____ sur le plan psychiatrique, elles sont différentes de celles des psychiatres de l'assurée, tant sur le diagnostic que sur la capacité de travail (rapports du 17 mai 2016 du Dr J_____ et du 18 mars 2018 du Dr K_____). L'expert n'a

pas non plus discuté les rapports des psychiatres traitants de la recourante. Dans leur appréciation consensuelle, les experts ont retenu que l'assurée présentait des ressources telles que l'intelligence, avoir été scolarisée, le fait de donner un sens à sa vie, avoir des mécanismes d'autocontrôle et d'auto-efficacité, ce qui pouvait l'aider à mieux supporter la douleur, en se fondant sur les conclusions de l'expert- psychiatre. Cette affirmation n'est pas motivée et les ressources personnelles de l'assurée n'apparaissent pas d'emblée évidentes à la lecture du dossier, dès lors que celle-ci semble être prise dans un processus d'invalidation depuis l'âge de 18 ans. De plus, elle a eu une scolarité minimale et ses ressources apparaissent limitées, à teneur de l'entretien du 15 janvier 2010 avec le service de réadaptation de l'OAI, dont il ressort qu'elle ne savait rien faire du tout, qu'elle s'énervait et cassait tout, et qu'elle ne maîtrisait pas l'écriture ni l'ordinateur. Il ressort également du rapport de réadaptation du 6 septembre 2010 qu'elle avait un problème de mémoire et pas de sens commercial. Enfin, lors d'une audience devant la chambre de céans du 16 mai 2011, l'assurée a, notamment, indiqué qu'elle s'occupait de la manutention des objets, mais pas des contacts avec les clients, car elle ne pouvait pas répondre à leurs questions. Par ailleurs, l'expert-psychiatre a mentionné dans le cadre des plaintes de l'expertisée que l'impression diagnostique était un trouble somatoforme douloureux avec une suspicion soit d'intelligence limitée soit de psychose infantile, qui n'a pas été discutée par la suite. Il faut enfin relever, s'agissant des ressources de l'assurée, que l'expert en médecine interne générale a indiqué que si l'expertisée semblait avoir des ressources personnelles, celles-ci avaient été mises à mal depuis plusieurs années dans le cadre de ses douleurs qui l'empêchaient actuellement d'être elle-même et de vivre sa vraie vie. Les conclusions de l'expertise relatives aux ressources de l'assurée ne sont ainsi pas convaincantes. Enfin, la mission des experts était d'analyser l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis la dernière décision du 15 mars 1996. Les experts ont conclu que l'expertisée était capable de travailler à 100% avec une baisse de rendement de 20% six mois après l'opération de mai 2014. Leurs conclusions sont incomplètes ou pas suffisamment claires en ce qui concerne la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée depuis le 15 mars 1996. Si l'on s'en tient à leurs conclusions, l'assurée doit être considérée comme totalement incapable de travailler entre le 8 décembre 2010 et mai 2014, ce qui ne correspond pas aux conclusions du CEMed, prises en compte par l'intimé. Au vu de ces éléments, l'expertise du CEMEDEX du 14 août 2018 ne peut se voir reconnaître pleine force probante et il se justifie en conséquence d'ordonner une expertise psychiatrique et rhumatologique, qui sera confiée aux docteurs Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et P_____, spécialiste FMH en rhumatologie. Il sera donné suite aux suggestions de corrections de la mission d'expertise proposées par la recourante. S'agissant des informations générales sur l'objet du litige, elles seront intégrées au début de la partie en droit de l'ordonnance d'expertise et il sera indiqué de manière plus générale que l'arrêt ATAS/547/2011 est entré en force et que le présent litige ne porte que sur la capacité de travail de l'assurée dès le 8 juin 2010. Dans son arrêt, la chambre de céans avait reconnu une pleine valeur probante au rapport d'expertise du CEMed qui avait retenu que l'activité habituelle de brocanteuse n'était plus possible dans la mesure où elle supposait le port de charges itératif, mais qu'une activité de brocanteuse dédiée uniquement à la vente restait exigible à plein temps avec un rendement complet et qu'une activité de brocanteuse sans port de charges était exigible à 50%. Dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire sans port de charges et permettant le changement fréquent de postures, l'exigibilité était de 100%, sans baisse de rendement. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement 1. Ordonne

une expertise psychiatrique et rhumatologique de Madame A_____. 2. Commet à ces fins le docteur Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et le docteur P_____, spécialiste FMH en rhumatologie. Expertise psychiatrique : 1. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : a) prendre connaissance du dossier de la cause ; b) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assurée ; c) examiner et entendre l'assurée, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ; d) si nécessaire, ordonner d'autres examens. 2. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes : 1. Anamnèse détaillée. 2. Plaintes et données subjectives de la personne. 3. Status clinique et constatations objectives. 4. Diagnostics selon la classification internationale. Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse). 5. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ? 6. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ? 7. Les plaintes sont-elles objectivées ? 8. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par l'assurée). 9. Dans quelle mesure des atteintes diagnostiquées ont-elles limité les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien depuis 2006 ? 10. Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ? 11. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ? 12. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ? 13. L'assurée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ? 14. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ? 15. Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ? 16. Existe-t-il un trouble de la personnalité ou, une altération des capacités inhérentes à la personnalité ? 17. Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Motiver votre position. 18. De quelles ressources mobilisables l'assurée dispose-t-elle ? 19. Quel est le contexte social ? L'assurée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ? 20. Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assurée à reconnaître sa maladie ? 21. Dans l'ensemble, le comportement de l'assurée vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ? 22. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ? 23. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne a) dans l'activité exercée précédemment, b) dans une activité adaptée. 24. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée, en pourcent, a) dans l'activité exercée précédemment, b) dans une activité adaptée. 25. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, indiquer

l'évolution de son taux et décrire son évolution. 26. Évaluer la capacité de travail en pourcent dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (en remontant jusqu'au 11 décembre 2006), indiquer depuis quand une telle activité est exigible et comment elle a évolué dans le temps, dans l'hypothèse où une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est exigible. 27. a) Dans la mesure où une activité adaptée est exigible de l'expertisée, dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer. b) Si une diminution de rendement est retenue, celle-ci est-elle déjà incluse dans une éventuelle réduction de la capacité de travail ou vient-elle en sus ? 28. Dans l'hypothèse où une activité adaptée est envisageable, indiquer ce qu'il faut entendre par une telle activité et donner des exemples concrets. 29. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail. 30. a) Êtes-vous d'accord avec les conclusions consensuelles et individuelles des Drs N_____ et M_____ (rapport du 14 août 2018)? Indiquer pour quelles raisons leurs avis sont confirmés ou écartés. b) Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr K_____ (rapport du 18 mars 2018) ? Indiquer pour quelles raisons cet avis est confirmé ou écarté. c) Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr J_____ (rapport du 17 mai 2016)? Indiquer pour quelles raisons cet avis est confirmé ou écarté. 31. Indiquer si des mesures de réadaptation professionnelles sont envisageables. 32. Formuler un pronostic global. 33. Toute remarque utile et proposition de l'expert. 3. Invite l'expert à faire une appréciation consensuelle du cas avec l'expert rhumatologue s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle. 4. Invite l'expert à déposer, dans les meilleurs délais, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans. Expertise rhumatologique : 1. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : a) prendre connaissance du dossier de la cause ; b) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assurée ; c) examiner et entendre l'assurée, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ; d) si nécessaire, ordonner d'autres examens. 2. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes : 1. Anamnèse détaillée. 2. Plaintes et données subjectives de la personne. 3. Status clinique et constatations objectives. 4. Diagnostics selon la classification internationale. Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse). 5. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ? 6. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ? 7. Les plaintes sont-elles objectivées ? 8. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par l'assurée). 9. Dans quelle mesure des atteintes diagnostiquées ont-elles limité les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien depuis 2006 ? 10. Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ? 11. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ? 12. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ? 13. L'assurée a-t-elle

fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?

14. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ? 15. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ? 16. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne dans l'activité exercée précédemment, dans une activité adaptée. 17. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée, en pourcent, dans l'activité exercée précédemment, dans une activité adaptée. 18. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution. 19. Évaluer la capacité de travail en pourcent dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (en remontant jusqu'au 19 décembre 2006), indiquer depuis quand une telle activité est exigible et comment elle a évolué dans le temps, dans l'hypothèse où une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est exigible. 20. a) Dans la mesure où une activité adaptée est exigible de l'expertisée, dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer. b) Si une diminution de rendement est retenue, celle-ci est-elle déjà incluse dans une éventuelle réduction de la capacité de travail ou vient-elle en sus ? 21. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail. 22. a) Êtes-vous d'accord avec les conclusions consensuelles et individuelles des Drs N_____ et M_____ (rapport du 14 août 2018)? Indiquer pour quelles raisons leurs avis sont confirmés ou écartés. b) Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr E_____ (rapport du 18 mai 2018)? Indiquer pour quelles raisons cet avis est confirmé ou écarté. c) Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr I_____ (rapport du 1^{er} mai 2016)? Indiquer pour quelles raisons cet avis est confirmé ou écarté. d) Avez-vous des remarques sur les rapports établis par le Dr E_____ le 5 mai 2014, le Dr C_____ les 16 septembre et 27 décembre 2017 et le Dr I_____ le 25 février 2013 ? 23. Indiquer si des mesures de réadaptation professionnelles sont envisageables. 24. Formuler un pronostic global. 25. Toute remarque utile et proposition des experts. 3. Invite l'expert à faire une appréciation consensuelle du cas avec l'expert psychiatre s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle. 4. Invite l'expert à déposer, dans les meilleurs délais, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Catherine TAPPONNIER Une copie de la présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le