

GE_GERICHTE A/3880/2014 vom 17. Februar 2016

GE Cour de justice, 2016-02-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3880_2014

FR: GE_GERICHTE A/3880/2014 du 17 février 2016

IT: GE_GERICHTE A/3880/2014 del 17 febbraio 2016

Erwägungen

E. 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).

E. 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).

E. 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). 8. Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées 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. 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). 9. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961; RAI - RS 831.201). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3; ATF 125 V 412 consid. 2b et ATF 117 V 198 consid. 4b ainsi que les références). b) L'administration qui est saisie d'une nouvelle demande doit d'abord déterminer si les allégations de l'intéressé sont crédibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. (ATF 117 V 198 consid. 3a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). c) Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (cf. art. 87 al. 4 RAI), elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4) - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue, comme si elle se prononçait pour la première fois sur le droit aux prestations. Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la décision litigieuse, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen quant au fond (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités). Par analogie avec le cas de la révision au sens de l'art. 17 LPGA, pour

déterminer si la modification des faits (relatifs à l'état de santé ou la situation économique) suffit à admettre le droit à la prestation litigieuse, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus de prestations reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit et les circonstances existant au moment du prononcé de la nouvelle décision (ATF 133 V 545 consid. 6 et 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Ces principes s'appliquent également en cas de nouvelle demande (ATF 130 V 71 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1). La révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA suppose un changement dans les circonstances personnelles de l'assuré, relatives à son état de santé, à des facteurs économiques ou aux circonstances (hypothétiques) ayant déterminé le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité, qui entraîne une modification notable du degré d'invalidité (ATF 133 V 545 consid. 6.1 et 7.1). d) Les normes réglementaires et les principes jurisprudentiels sur les modalités de l'examen d'une nouvelle demande après que des prestations ont été refusées par une décision entrée en force ne concernent, selon leur sens et but exposés ci-dessus, que des demandes de prestations portant sur un objet identique. En revanche, l'assuré ne peut se voir opposer l'entrée en force d'un refus de prestations antérieur lorsqu'il fait valoir le droit à des prestations différentes, et donc un cas d'assurance différent (arrêt I 269/97 du 24 février 1998, in SVR 1999 IV n° 21 p. 64; cf. aussi ATF 117 V 198 consid. 4b). Au contraire, l'administration - et en cas de recours le juge - est tenue d'examiner de manière étendue sous l'angle des faits et du droit une demande de prestations certes nouvelle, mais qui porte sur une prétention différente de celle qui a fait l'objet de la décision de refus antérieure (arrêt du Tribunal fédéral 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 2.2).

10. En l'espèce, par décision du 14 avril 2005 entrée en force et établie après mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, l'intimé a refusé toutes prestations, de sorte qu'il convient de comparer les faits existant au moment de cette décision avec les circonstances fondant la décision litigieuse du 20 novembre 2014. Cette dernière décision repose d'un point de vue médical sur le rapport d'expertise du CEM du 27 janvier 2009 ainsi que sur les avis SMR des 26 août 2014 et 14 novembre 2014 s'écartant des conclusions du rapport d'expertise de la PMU du 21 janvier 2014. Par conséquent, avant de comparer la situation sur le plan médical existant au moment des deux décisions, il convient d'examiner si ces divers rapports d'expertise et avis SMR ont une valeur probante.

11. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément

déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 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). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2 bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

12. a) En l'espèce, il y a tout d'abord lieu de constater que, contrairement à ce qu'exige la jurisprudence, le rapport d'expertise pluridisciplinaire du CEM du 27 janvier 2009 ne procède à aucune comparaison de l'état de santé de la recourante entre la décision de refus de rente du 14 avril 2005 et la situation existant au moment de l'examen par les divers spécialistes en octobre 2008. En outre, au vu de sa date, il n'évalue pas la situation médicale de la recourante jusqu'à l'époque de la décision litigieuse, de sorte qu'il est incomplet puisqu'il ne permet pas de comparer l'état de santé de la recourante et sa capacité de gain entre le 14 avril 2005 et le 20 novembre 2014.!

De plus, il contient des contradictions. En effet, bien que le Dr I_____ ne retienne aucun diagnostic otoneurologique expliquant les vertiges de la recourante, les experts diagnostiquent avec répercussion sur la capacité de travail, des vertiges d'origine indéterminée. Ils expliquent qu'ils attribuent un effet invalidant à la plainte des vertiges dans la mesure où elle s'est chronicisée depuis une dizaine d'années et que, faute d'avoir pu trouver une atteinte somatique sous-jacente responsable de la présence des vertiges, « la suspicion s'accroît » qu'un facteur psychologique joue un rôle important dans le maintien

de cette plainte, notamment que l'interaction entre les vertiges et l'angoisse est susceptible d'amener un accroissement des deux. Ils précisent qu'en évitant les stimuli qui peuvent déclencher ou aggraver tant la cinétose (maux de voyage) que les vertiges, la capacité de travail ne devrait pas être réduite et concluent, en définitive, que la recourante est en mesure d'exercer une activité adaptée à plein temps avec une diminution de rendement de 20%. Par conséquent, tout en ne retenant aucun trouble objectif expliquant les vertiges, les experts les énumèrent parmi les affections incapacitantes en raison de leur interaction avec l'angoisse et admettent que l'incapacité de travail est entière dans l'activité habituelle nécessitant des stimulations visuelles particulièrement devant un écran d'ordinateur, bien qu'ils ne considèrent pas le trouble dépressif récurrent avec symptomatologie résiduelle correspondant à une anxiété généralisée comme incapacitant. Dès lors, soit leurs conclusions sur la capacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée sont erronées car elles ne tiennent pas compte de leurs constatations objectives, soit leurs conclusions relatives aux troubles psychiques sont erronées dans la mesure où ceux-ci apparaissent en définitive comme ayant un effet incapacitant et une incidence sur les limitations fonctionnelles retenues. Quoi qu'il en soit, leurs conclusions sont contradictoires, de sorte que le rapport d'expertise du CEM n'a pas de valeur probante pour ce second motif. b) Dans leur rapport du 21 janvier 2014, les experts de la PMU diagnostiquent avec influence essentielle sur la capacité de travail, une anxiété généralisée avec des éléments d'agoraphobie et de claustrophobie, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, un trouble somatoforme indifférencié et des vertiges induits par la vision. Bien qu'ils n'aient pas mis en évidence une atteinte vestibulaire et cérébelleuse significative, ils considèrent que la recourante doit éviter toutes les activités qui la soumettent à des stimulations visuelles riches, rejoignant sur cette question les conclusions de l'expertise de 2008 qui retient une incapacité de travail complète dans l'activité d'employée de banque face à un ordinateur. Ils expliquent que le trouble dépressif récurrent et le trouble d'anxiété généralisée avec éléments d'agoraphobie et de claustrophobie doivent être considérés comme des comorbidités au trouble somatoforme, car le premier a commencé avant la survenue des symptômes physiques et en raison de l'intensité du second. Comme autre critère de gravité, ils relèvent la présence de vertiges et de douleurs qui se sont chronicisés depuis plus de dix ans et qui ne répondent pas aux nombreux traitements entrepris jusqu'ici bien que la compliance soit mauvaise. Ils concluent à une diminution de la capacité de travail de 50% dans une activité adaptée en raison de la fatigue, des difficultés de concentration et des phobies mal systématisées, avec réévaluation d'ici à six mois. En l'espèce, le rapport d'expertise de la PMU ne procède pas davantage à une comparaison de l'état de santé de la recourante entre le 14 avril 2005 et la période de septembre 2013 à janvier 2014 durant laquelle les divers experts ont effectué leurs examens. De plus, il conclut à une capacité de travail dans une activité adaptée de 50% dès le jour de l'expertise, sans évaluer ladite capacité depuis le 14 avril 2005 au motif qu'elle a été estimée à 80% lors de l'expertise du CEM qui, toutefois, n'a pas de valeur probante. Pour le reste, le rapport d'expertise a pleine valeur probante dès lors qu'il a été établi après étude de toutes les pièces du dossier et après mise en œuvre d'une nouvelle électroneuromyographie (ENMG), qu'il contient un résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les plaintes de la recourante, des observations cliniques, une description de l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis la dernière expertise, une appréciation de la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée ainsi qu'une description des limitations fonctionnelles. Les évaluations des experts sont motivées, notamment ils expliquent

pourquoi ils considèrent que le trouble dépressif récurrent et l'anxiété généralisée sont des comorbidités du trouble somatoforme et pourquoi ils n'ont pas retenu une atteinte vestibulaire et cérébelleuse significative susceptible d'expliquer les vertiges. Enfin, les diagnostics posés se réfèrent à leurs constatations cliniques ainsi qu'aux résultats de l'ENMG pratiquée par la doctoresse Q_____, neurologue FMH, le 17 avril 2013. c) Seule la Dresse P_____, dans son avis SMR du 26 septembre 2014, conteste leurs conclusions au motif que les troubles dépressifs seraient réactionnels et que l'épisode survenu en 2005 serait postérieur à l'apparition du trouble somatoforme. En outre, le diagnostic d'anxiété généralisée avec élément d'agoraphobie ayant une influence sur la capacité de travail ne reposerait sur aucun critère diagnostique justifié par les constatations cliniques et les éléments anamnestiques. Dans son nouvel avis du 14 novembre 2014 statuant sur les observations de la recourante à la suite du projet de décision du 12 septembre 2014, tout en admettant que le Dr C _____ a effectivement mentionné dans son rapport du 30 juin 2003 un suivi psychiatrique à partir du mois d'avril 1997, elle n'en tient toutefois pas compte en l'absence de rapports médicaux tant du service psychiatrique que de la psychiatrie de liaison des HUG. Puis, dans son dernier avis du 22 janvier 2015, elle considère que le fait que le Dr C _____ ne semble pas avoir été en possession d'un rapport d'évaluation du service de liaison des HUG permet de supposer qu'un tel rapport n'a jamais été établi et qu'une telle évaluation n'a jamais eu lieu. En l'occurrence, la recourante a connu un premier épisode dépressif en 1984 réactionnel, au départ de son premier mari du domicile conjugal avec suivi médical pendant une année et a souffert d'un deuxième épisode dépressif réactionnel en 1997, suite au décès de son père (cf. anamnèse psychiatrique du rapport d'expertise du Dr E_____) pour lequel elle a été en traitement à partir du mois de mars 1997 auprès de l'unité de liaison psychiatrique des HUG et pendant deux ans, soit jusqu'en avril 1999. Puis, sans aucun événement déclenchant d'ordre privé, elle a souffert d'un troisième épisode dépressif en 2002 et non pas en 2005, comme l'affirme à tort le médecin du SMR, avec traitement chronique par antidépresseur en tout cas jusqu'au 30 juin 2003, date du rapport du Dr C _____ relatant cette situation, étant relevé que cet épisode a également été relaté par le Dr E_____ lors de son expertise de février 2015. En outre, contrairement à ce que pense le médecin du SMR, l'absence au dossier de rapports médicaux détaillés des services psychiatriques des HUG ne le légitime pas à contester l'existence d'un suivi psychiatrique de longue durée, d'un traitement médicamenteux et de la réalité de l'épisode dépressif - établis par d'autres documents conformément au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante, notamment par l'attestation du 14 juillet 2003 de l'unité de psychiatrie de liaison des HUG - ainsi qu'à conclure à l'existence d'un trouble dépressif indépendant du trouble somatoforme. Aussi, si les deux premiers épisodes dépressifs sont effectivement réactionnels à des événements de vie, en revanche tel n'est pas le cas du troisième épisode qui n'est pas réactionnel et qui a commencé en 2002, soit avant que le diagnostic de trouble somatoforme ne soit posé par un psychiatre lors de l'expertise de février 2005. Par conséquent, le trouble dépressif diagnostiqué par les experts de la PMU ne fait pas partie intégrante du trouble somatoforme douloureux. S'agissant de l'anxiété généralisée diagnostiquée par lesdits experts, il n'appartient pas à la chambre de céans de se prononcer sur des controverses médicales. Il convient de relever que ce diagnostic avait déjà été posé par les experts du CEM dans leur expertise du 27 janvier 2009 à laquelle l'intimé a reconnu une entière valeur probante, sans qu'à cette époque le SMR ne conteste l'existence des critères diagnostiques requis par la CIM-10. Par conséquent, les griefs du SMR ne sont pas fondés, de sorte qu'ils ne remettent pas en question la pleine

valeur probante du rapport d'expertise de la PMU. 13. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). Les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (ATF 141 V 281 consid. 8). Lorsqu'une expertise ne permet pas une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants développés par la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux et d'autres syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, un renvoi à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision est possible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_219/2015 du 12 octobre 2015 consid. 5.4). 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 de la PMU ne permet pas de répondre à ces questions. 14. Invité à se déterminer, l'intimé a indiqué, le 28 juillet 2015, qu'il n'entendait pas appliquer la nouvelle jurisprudence fédérale à la présente cause, au motif qu'« en matière d'assurances sociales, les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1). Un changement de jurisprudence n'est un motif ni de révision, ni de reconsidération et ne déploie, en règle ordinaire, des effets que pour l'avenir (ATF 119 V 413 consid. 3a et les références) ». Si une nouvelle jurisprudence ne constitue ni un motif de révision, ni un motif de reconsidération et qu'elle ne vaut que pour les cas futurs, il importe en revanche de souligner qu'elle 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'intimé, selon lequel la décision contre laquelle

l'assurée a interjeté recours le 16 décembre 2014, est entrée en force, il y a lieu de relever que ladite décision n'est précisément pas entrée en force, puisqu'elle fait l'objet du présent litige. C'est donc en vain que l'intimé cite expressément un arrêt du Tribunal fédéral à l'appui de son refus de se déterminer quant à la nouvelle jurisprudence (ATF 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 20 novembre 2014 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. 15. La chambre de céans constate, à la lumière de la nouvelle jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux, que la présente cause est insuffisamment instruite pour lui permettre de trancher puisqu'elle ne met pas en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la recourante d'autre part. En effet, l'expertise de la PMU ne donne pas d'indications sur le degré de gravité inhérent au diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Les experts ne se prononcent pas sur les éléments requis par la CIM-10 pour conclure à cette pathologie (ATF 141 V 281 consid. 2.1). Il n'est pas possible non plus de déterminer l'interaction entre le trouble douloureux qu'ils ont diagnostiqué et le trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen qu'ils ont mis en évidence, de même qu'avec l'anxiété généralisée avec éléments d'agoraphobie et de claustrophobie, des indications sur le développement et la structure de la personnalité de la recourante (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2) faisant défaut. Il manque également dans leur appréciation, l'évaluation des ressources personnelles de la recourante au regard d'éventuelles limitations des niveaux d'activité dans les domaines comparables de la vie (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1). En outre, les experts ne se prononcent pas personnellement sur l'évolution de l'état de santé de la recourante, respectivement de sa capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée depuis la décision de refus de rente du 14 avril 2005, mais par référence à l'expertise de 2008 qui n'a pas de valeur probante. 16. Il se justifie en conséquence d'admettre le recours, d'annuler la décision du 20 novembre 2014 et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire auprès de la PMU, au sens des considérants, et pour nouvelle décision. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFA - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-. 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.