

GE_GERICHTE A/4295/2015 vom 17. August 2016

GE Cour de justice, 2016-08-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4295_2015

FR: GE_GERICHTE A/4295/2015 du 17 août 2016

IT: GE_GERICHTE A/4295/2015 del 17 agosto 2016

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée au GRAND-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT 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 _____ 1960, ressortissante espagnole naturalisée suisse en 2006, mère de deux filles aujourd'hui majeures, est arrivée en Suisse en 1979. Après avoir obtenu un CFC de vendeuse le 31 août 1996, elle a travaillé dans les nettoyages, puis comme vendeuse-caissière, en dernier lieu auprès de la B_____, à temps partiel.![endif]>![if> 2. Le 4 octobre 2006, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé) en raison de problèmes au bras gauche. Elle sollicitait une mesure d'orientation professionnelle et de reclassement dans une nouvelle profession.![endif]>![if> 3. Dans un rapport du 12 octobre 2006, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, indiquait que la patiente souffrait de brachialgies bilatérales rendant impossible l'exercice de son activité de caissière. Il avait diagnostiqué une neuropathie ulnaire au coude gauche, un syndrome du tunnel carpien gauche, des épicondylalgies externes réactionnelles et un nævus palmaire dans le pli d'opposition du pouce à la main gauche. En 2003, ce médecin avait pratiqué une neurolyse ulnaire du coude. ![endif]>![if> 4. Selon le docteur D_____, spécialiste FMH en anesthésiologie, diagnostic et traitement de la douleur, en l'absence d'un handicap fonctionnel, une activité légère était tout à fait possible.![endif]>![if> 5. Par décision du 3 septembre 2007 entrée en force, l'OAI a rejeté la demande de reclassement, au motif qu'un travail de vendeuse plus léger pourrait être effectué à 100%.![endif]>![if> 6. Le 8 mars 2012, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant une aggravation de son état de santé.![endif]>![if> 7. Dans son rapport du 23 mars 2012 à l'attention de l'OAI, le docteur E_____, médecin traitant, spécialiste FMH en médecine générale, médecine physique et réadaptation, médecine manuelle, a diagnostiqué une tendinopathie et une brachialgie. L'assurée présentait des douleurs chroniques, une lombalgie et ne pouvait plus soulever des charges. Compte tenu de ses handicaps, l'exercice du métier d'accompagnante à domicile n'était plus possible et une orientation professionnelle était nécessaire. ![endif]>![if> 8. Selon les pièces du dossier, l'assurée a travaillé comme accompagnante à domicile d'enfants et personnes âgées du 3 mars 2009 au 31 octobre 2011 pour la F_____, après avoir suivi avec succès une formation de cinq semaines. Elle a d'autre part suivi des cours de commerce et de secrétariat à l'Académie de langues et de commerce du 12 septembre 2008 au 30 janvier 2009.![endif]>![if> 9. Le service de réadaptation de l'OAI, après avoir procédé à la comparaison des gains et constaté un degré d'invalidité de 18,1%, a accordé à l'assurée un reclassement professionnel du 14 mai 2012 au 15 juillet 2012 et pris en charge le coût d'une formation en vue de

l'obtention d'un diplôme de secrétaire-réceptionniste auprès de l'école Sight and sound avec, dans un premier temps, une remise à niveau en français, orthographe et arithmétique. !endif]>[if> 10. Par décision du 31 mai 2012, l'OAI a alloué à l'assurée des indemnités journalières de CHF 122.40 du 14 mai 2012 au 15 juillet 2012, calculées sur un revenu déterminant de CHF 55'784.30. !endif]>[if> 11. Une prolongation de reclassement professionnel a été accordée par l'OAI le 13 juillet 2012 en vue de l'obtention du certificat d'assistante administrative, pour la période du 16 juillet 2012 au 27 janvier 2013. !endif]>[if> 12. Dans le courant du mois d'août 2012, l'assurée a signalé des douleurs au niveau des épaules. En octobre 2012, elle a été en arrêt maladie. !endif]>[if> 13. Dans un rapport du 1^{er} novembre 2012, le Dr E_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire et que le pronostic était mauvais en raison de douleurs somatoformes. À la question de savoir si, médicalement, la formation d'assistante administrative à 50% était possible, le médecin a indiqué que c'était très variable, en raison des douleurs. Le maximum était un 50%. !endif]>[if> 14. Le 30 novembre 2012, l'assurée a communiqué à l'OAI un rapport d'échographie de l'épaule droite pratiquée le 22 novembre 2012 mettant en évidence une arthropathie avec épanchement intra-articulaire de l'articulation acromio-claviculaire modérément douloureuse et une tendino-bursite calcifiante du sus-épineux. !endif]>[if> 15. La mesure de reclassement a été prolongée par l'OAI jusqu'au 15 mai 2013. Le 1^{er} juillet 2013, l'assurée a obtenu un certificat d'assistante administrative délivré par l'institut Sight and sound formation SA. !endif]>[if> 16. Par décision du 2 octobre 2013, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assurée, motif pris qu'après réadaptation la comparaison des gains démontrait qu'elle ne présentait aucun degré d'invalidité. !endif]>[if> 17. L'assurée a interjeté recours le 4 octobre 2013, contestant pouvoir exercer une activité adaptée d'assistante administrative à plus de 50% et concluant à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. !endif]>[if> 18. Par arrêt du 17 septembre 2014 (ATAS/1009/2014) entré en force, la chambre de céans a admis le recours et annulé la décision de l'OAI du 2 octobre 2013, motif pris qu'il avait commis une violation du droit d'être entendue de l'assurée dans le cadre de la procédure préalable, dans la mesure où il avait rendu sa décision de refus de rente alors même que le délai de trente jours n'était pas écoulé. !endif]>[if> 19. Un rapport final faisant suite au bilan socioprofessionnel a été établi le 30 septembre 2014 par IPT intégration pour tous. Il est relevé que les limites de santé, mais également les limites liées à la situation personnelle de l'assurée et la gestion de sa fille, rentière AI, s'ajoutent aux difficultés d'insertion. L'assurée ne peut quitter son appartement avant le départ de sa fille pour les ateliers d'occupation à 8h15 ; une prise de poste n'est donc pas envisageable avant 9h00 le matin et le soir elle doit être de retour à domicile à 17h au plus tard pour accueillir sa fille. L'assurée s'enferme dans les contraintes imposées par sa fille et sa prise en charge. Son dévouement pour sa fille est exemplaire, mais il limite, voire empêche toute possibilité ou opportunité professionnelles. !endif]>[if> 20. Par avis médical du 29 mai 2015, le docteur G_____. médecin SMR, relève que l'assurée a terminé fin juillet 2013 un reclassement en tant qu'assistante administrative. Le courrier du 23 septembre 2013 du Dr E_____, médecin traitant, n'apporte aucun élément médical objectif nouveau, en ce sens qu'il atteste d'une incapacité de travail sans justifier aucunement son appréciation et ne signale aucune aggravation éventuelle de l'état de santé de l'assurée depuis la fin de sa formation en juillet 2013. Ne disposant d'aucune information médicale, il faut s'en tenir aux conclusions précédentes du SMR du 27 mars 2012. !endif]>[if> 21. Par projet de décision du 15 juin 2015, l'OAI a rejeté la demande de rente, motif pris que l'assurée

n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. ![endif]>![if> 22. Par l'intermédiaire de sa mandataire, l'assurée s'est opposée à ce projet, relevant que contrairement à ce que les médecins du SMR ont retenu, son état de santé ne lui permet pas d'exercer une activité adaptée à 100% au vu des limitations et des douleurs dont elle souffre. En outre, elle allègue souffrir non seulement d'une tendinopathie des deux membres supérieurs, mais aussi d'une douleur chronique de l'épaule droite traitée par infiltrations, sans résultats, d'une gastralgie chronique et d'un syndrome dépressif chronique. L'évolution est très mauvaise, elle présente également d'importantes limitations psychiques en raison d'une dépression sévère, comme le confirmait le docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, dans son rapport du 2 mai 2014 adressé à son médecin traitant. Elle demandait à l'OAI de revoir la situation et de reprendre l'instruction du dossier, notamment sous l'angle psychique. ![endif]>![if> 23. Dans un avis du 30 septembre 2015, le SMR a considéré qu'il n'y avait aucune information médicale objective nouvelle. ![endif]>![if> 24. Par décision du 5 novembre 2015, l'OAI a rejeté la demande de rente, l'assurée n'ayant pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. Les éléments apportés dans le cadre de la procédure d'audition avaient déjà été pris en considération dans ses précédentes conclusions. ![endif]>![if> 25. Par acte du 9 décembre 2015, l'assurée, représentée par son mandataire, interjette recours. Elle conteste la décision de l'intimé, relevant en premier lieu que les limitations dues à son état de santé l'ont empêchée de suivre les cours de dactylographie durant sa formation et de passer l'examen dans ce domaine. Or, la maîtrise de la dactylographie est une qualité essentielle au métier d'assistante administrative. Les douleurs l'ont contrainte à commander une chaise médicale spécialement adaptée pour pouvoir poursuivre sa formation. Selon la recourante, l'office cantonal de l'emploi, par décision du 21 août 2013, lui a reconnu une aptitude au placement à un taux d'occupation de 50% au maximum. Elle se réfère au rapport médical du 23 septembre 2013 du Dr E_____ indiquant que son état de santé s'était aggravé et qu'il lui était impossible, au vu des douleurs et de son état dépressif sévère, d'exercer tout travail régulier en milieu normal. En outre, dans un rapport du 23 novembre 2015, le Dr E_____ atteste qu'il la soignait depuis le mois de décembre 2011 pour des troubles fibromyalgiques, des troubles du rachis, du genou, ainsi que des troubles douloureux des membres supérieurs. Il a diagnostiqué une fibromyalgie, avec des douleurs chroniques, sans amélioration. Quant aux limitations fonctionnelles, elles étaient les suivantes : marche difficile, position debout difficile, montée et descente d'escaliers difficile et port de charge impossible. Ces limitations l'empêchaient d'ailleurs d'assumer les tâches de nettoyage et de repassage à domicile, pour lesquels elle est contrainte d'avoir recours à une aide-ménagère. Sa capacité résiduelle de travail est nulle dans toute activité, même adaptée. La recourante reproche au SMR de n'avoir pas tenu compte de ses remarques développées suite au projet de décision et d'avoir minimisé l'influence de ses troubles sur sa capacité résiduelle de travail. Elle conclut à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 8 mars 2012. ![endif]>![if> 26. À la requête de la chambre de céans, l'OAI a communiqué l'extrait « Easy Track » de La Poste, dont il résulte que la décision notifiée par courrier recommandé a été retirée le 9 novembre 2015. ![endif]>![if> 27. Dans sa réponse du 18 janvier 2016, l'OAI conclut au rejet du recours. Il se réfère à l'avis SMR du 27 mars 2012, dont il résulte que l'assurée ne peut plus exercer l'activité habituelle, mais que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail résiduelle est de

100%. L'assurée a été mise au bénéfice d'une formation d'assistante administrative qui s'est achevée avec l'obtention d'un certificat. Quant au rapport du Dr E_____ du 23 novembre 2015, le SMR considère qu'il ne modifie pas sa position (avis médical du 4 janvier 2016). [endif]>[if> 28. Par réplique du 10 février 2016, la recourante relève que ni le SMR, ni l'OAI n'ont tenu compte du diagnostic de fibromyalgie posée par le Dr E_____. Or, dans un arrêt du 3 juin 2015, le Tribunal fédéral a revu sa jurisprudence en la matière en abandonnant la présomption prévalant jusqu'alors selon laquelle les symptômes de type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées pouvaient être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. La recourante soutient en substance qu'elle présente bien des comorbidités psychiatriques et somatiques, avec un trouble dépressif et une conjonctivite chronique. Il convient aussi de prendre en considération les diagnostics relevant des troubles de la personnalité qu'aucun rapport médical ne permet de remettre en cause. L'intimé n'a pas suffisamment instruit sa demande. La recourante allègue souffrir d'une fibromyalgie incapacitante, de sorte qu'elle a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité.[endif]>[if> 29. Par duplique du 3 mars 2016, l'intimé relève que la réplique de la recourante « ne constitue pas un avis médical probant ». Il ressort du dossier que les douleurs chroniques alléguées par la recourante sont en rapport avec les atteintes ostéo-articulaires ce qui exclut le diagnostic de fibromyalgie, étant relevé que c'est la première fois que le Dr E_____ soulève un tel diagnostic. Pour le surplus, l'OAI persiste dans ses conclusions. [endif]>[if> 30. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.[endif]>[if> 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 er 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).[endif]>[if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4 ème révision), du 6 octobre 2006 (5 ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur respectivement le 1 er janvier 2004, le 1 er janvier 2008 et le 1 er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.[endif]>[if> Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011 et, après le 1 er janvier 2012, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). 3. Interjeté dans la forme et le délai prescrits, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre

1985, LPA-GE - E 5 10).!]> 4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité, suite à sa nouvelle demande déposée le 8 mars 2012. !]> 5. La chambre de céans observe préalablement que la motivation de la décision querellée, plus que succincte, apparaît erronée ; l'intimé semble rejeter la demande au motif que la recourante n'a pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. Il semble faire allusion à sa décision du 2 octobre 2013, qui a été pourtant été annulée par la chambre de céans. La dernière décision de l'intimé entrée en force est par conséquent celle du 3 septembre 2007, refusant un reclassement professionnel. Or, contrairement à ce que prétend l'intimé, la recourante a rendu vraisemblable une modification des circonstances, puisque l'intimé est précisément entré en matière sur sa nouvelle demande et lui a octroyé un reclassement professionnel. !]> Il convient encore de relever que la décision ne motive nullement le refus d'une rente, alors que la recourante y concluait expressément. Ce vice doit être considéré comme grave et justifierait à lui seul l'annulation de la décision. Cela étant, la chambre de céans, par économie de procédure, examinera tout de même le fond. 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 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).!]> 7. 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). 8. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). !]> Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un

traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). 9. 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 chargées 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). 10. 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. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2). 3. Comorbidités 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 (inévitabile) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine). 11. 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).>[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 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. 12. Selon l'intimé, la recourante a bénéficié de mesures professionnelles et obtenu une certification en tant qu'assistante administrative, activité compatible avec ses atteintes à la santé et qu'elle peut exercer à 100%.>[if> La recourante conteste pouvoir exercer cette activité à plein temps. Elle a semble-t-il, connu des difficultés à suivre la formation en raison de son état de santé, - alors que son caractère volontaire a été relevé -, raison pour laquelle elle l'a accomplie, en tout cas pour un temps, à 50 %. En outre, après l'évaluation du poste de travail, une chaise de bureau adaptée, prise en charge par l'intimé, a dû être commandée (communication du 28 janvier 2013). La chambre de céans constate que la recourante n'a pas obtenu de diplôme, mais une certification, dont on ignore sa valeur sur le marché du travail. De plus, les limitations dues à son état de santé l'auraient empêchée de suivre les cours de dactylographie, domaine pourtant essentiel pour une assistante administrative. On ne trouve cependant aucun renseignement à ce sujet dans le dossier. Sur le plan médical, le Dr E_____ diagnostiquait en 2012 une tendinopathie et une brachialgie. La recourante présentait des douleurs chroniques et ne pouvait plus soulever des charges. Interrogé par l'intimé sur le point de savoir si une formation d'assistante administrative à 50% était possible, le médecin traitant avait répondu le 1 er novembre 2012 que c'était très variable, en raison des douleurs et que 50 % était un maximum. À fin 2012, une échographie révélait des problèmes à l'épaule, notamment une tendino-bursite calcifiante du sus-épineux. Dans son rapport du 23 novembre 2015, le Dr E_____ indique suivre la recourante pour des troubles fibromyalgiques, des troubles du rachis, du genou et des troubles douloureux des membres supérieurs. L'intimé affirme que ce diagnostic de fibromyalgie est évoqué pour la première fois par le Dr E_____. Ceci est inexact. En effet, dans son rapport du 1 er novembre 2012, le médecin traitant évoquait déjà des douleurs somatoformes et, dans le rapport du 23 septembre 2013, il indiquait que l'état de santé de la recourante s'était aggravé et qu'il lui était impossible, en raison des douleurs et de son état dépressif sévère, d'exercer tout travail en milieu normal. La recourante a d'ailleurs consulté en mai 2014 un psychiatre, le Dr H_____, que l'intimé n'a pas jugé utile d'interroger. En l'état actuel du dossier, la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer sur le droit de la recourante à une rente. En effet, l'intimé n'a procédé à aucune instruction sur le plan médical quant à l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis le dépôt de sa demande en 2012, au

regard notamment de la fibromyalgie, et de ses conséquences sur sa capacité de travail résiduelle. Il convient par ailleurs de rappeler que la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées s'applique à tous les cas en cours. Au vu de ce qui précède, la cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire sous forme d'une expertise conforme aux exigences posées par le Tribunal fédéral, laquelle comportera, à tout le moins, un volet rhumatologique et un volet psychiatrique. 13. Le recours est partiellement admis. La décision du 5 novembre 2015 est annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. 14. La recourante, représentée par un avocat, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'espèce à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986, RFPA - E 5 10.03). 15. Au vu du sort du litige, un émolument de CHF 500.- est mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :**

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