

GE_GERICHTE A/587/2015 vom 3. Februar 2016

GE Cour de justice, 2016-02-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_587_2015

FR: GE_GERICHTE A/587/2015 du 3 février 2016

IT: GE_GERICHTE A/587/2015 del 3 febbraio 2016

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à BERNEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Eric MAUGUÉ 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 _____ 1955, a été employée en qualité d'assistante sociale à 80% auprès du service social de la I_____ (ci-après : l'employeur) du 1^{er} juin 1986 au 31 décembre 2013, date à laquelle elle a pris sa retraite anticipée. 2. Le 28 avril 2010, l'assurée a sollicité de l'office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) des moyens auxiliaires, indiquant souffrir d'une cervicarthrose et de brachialgies depuis 2009, liées à son travail sur ordinateur. En date des 12 mars 2009 et 16 avril 2010, sa place de travail avait dû être aménagée de façon à lui éviter la station immobile et le maintien des tensions dans la zone atteinte, d'après les recommandations médicales de son médecin traitant, selon le rapport d'analyse établi par son employeur le 9 août 2010. A cet égard, l'emploi d'un logiciel de reconnaissance vocale était en particulier indiqué pour permettre une stabilisation des douleurs. 3. Le 20 décembre 2010, l'OAI a ainsi octroyé à l'assurée le moyen auxiliaire demandé, à savoir un logiciel professionnel de reconnaissance vocale. 4. Dans un rapport du 10 juillet 2011, faisant suite à un bilan neuropsychologique de l'assurée, le docteur B_____, spécialiste en neuropsychologie et en psychothérapie, observait des difficultés d'accès lexical, un discret ralentissement attentionnel dépendant de la nature de la tâche et des difficultés en mémoire épisodique. Le praticien indiquait que ces difficultés prenaient place dans un contexte psychologique particulier, chez une personne déçue par sa profession et qui présentait des signes d'anxiété, notamment sous forme d'anticipations négatives de ses performances dans des tâches où les performances étaient faibles. 5. Dans un rapport du 5 juin 2012, le docteur C_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, posait les diagnostics de névralgies cervicobrachiales gauches, non déficitaires, intéressant plusieurs dermatomes (C5, C6 et C7) sur hernies discales C4-C5, C5-C6 et C6-C7 foraminales gauches, au vu de l'IRM du 18 avril 2012, et de lombosciatalgies récidivantes. Le praticien indiquait que les cervicalgies chroniques étaient devenues handicapantes depuis deux à trois ans, avec l'apparition d'irradiations dans les membres supérieurs, initialement à droite, puis rapidement à gauche. Cliniquement, il n'y avait toutefois pas de signes inquiétants radiculaires irritatifs ou déficitaires, ni de syndrome vertébral. Il précisait qu'au départ, la symptomatologie avait été déclenchée par l'utilisation d'un clavier. L'incapacité de travail était estimée à 50%. 6. Le 3 juin 2013, l'assurée a déposé une demande de mesures professionnelles et de rente auprès de l'OAI, en raison de cervicarthrose, de cervicobrachialgies à droite et à gauche, et de lombalgies sur troubles de la statique et de discopathie L4-L5, depuis 2002, entraînant une incapacité de travail moyenne de 50% du 80

% de son temps de travail. ![/endif]>![if> 6. Dans un rapport du 19 juin 2013, le Dr C_____ maintenait ses précédentes observations et ses diagnostics, lesquels avaient un effet sur la capacité de travail. Il mentionnait en outre, comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail, des vertiges. Des restrictions physiques à l'activité exercée existaient par le déclenchement des douleurs, mais elle restait exigible. L'incapacité de travail était toujours estimée à 50%. Le pronostic était réservé. ![/endif]>![if> 7. Dans un rapport du 14 juillet 2013, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, mentionnait comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail un canal cervical étroit C5-C7, une discarthrose et des discopathies étagées avec cervico-brachialgies, depuis environ 2002. Comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, il indiquait notamment un trouble statique de la colonne lombaire avec discopathie L4-L5 et des lombosciatalgies récidivantes depuis 2001, des troubles mnésiques dès 2010, un status après opération du nerf médian et nerf cubital en 2002 et des vertiges à répétition. Un traitement était en cours depuis le 26 novembre 1996. Différentes périodes d'incapacité de travail à compter du mois de mars 2009 étaient mentionnées. L'activité exercée était exigible entre 50 et 70% du 80% habituel. Les douleurs à la nuque, à l'épaule et au bras gauche lors du travail de bureau et sur ordinateur constituaient des restrictions à l'activité exercée et le rendement était réduit dans les phases de douleurs. L'utilisation d'un logiciel de dictée vocale était indiquée pour améliorer partiellement la capacité de travail. Dans un rapport complémentaire du même jour, en sus de la symptomatologie douloureuse, le Dr D_____ indiquait l'existence d'un trouble du sommeil, d'un état de fatigue en relation avec les prises médicamenteuses, et de troubles psychiques réactionnels à la douleur chronique et à la diminution des capacités pour les activités quotidiennes. Pour le praticien, le pronostic était mauvais, car il y avait manifestement une évolution chronique, lentement progressive, en relation avec les lésions dégénératives de la colonne cervicale, ainsi qu'au niveau lombaire. L'évolution des troubles mnésiques mis en évidence sur le bilan neuropsychologique réalisé en 2011 restait par ailleurs en suspens. ![/endif]>![if> 8. Dans un questionnaire du 16 juillet 2013, remis à l'OAI, l'employeur de l'assurée indiquait notamment que l'activité de cette dernière nécessitait souvent d'être en position assise et d'utiliser l'informatique. Il confirmait que l'assurée avait de très importantes limitations physiques quant à l'utilisation d'un ordinateur. A son sens, elle pouvait effectuer toutes les activités demandant de bonnes compétences intellectuelles, notamment d'analyse, mais n'ayant pas ou peu besoin de l'informatique. Pour le surplus, il joignait un relevé des périodes d'incapacité de l'assurée, entre les années 2006 et 2013. ![/endif]>![if> 9. Dans un rapport intermédiaire du 2 février 2014, le Dr D_____ maintenait ses précédents diagnostics et indiquait que l'état de santé de l'assurée était fluctuant. Les cervicobrachialgies continuaient à avoir une incidence sur la capacité de travail de l'assurée depuis 2009. Des limitations fonctionnelles au niveau de la mobilité de la nuque et au niveau du bras droit, pour le port de charge et le travail sur écran, étaient observées. L'incapacité de travail était évaluée entre 50 et 80% du temps de travail déjà limité à 80%, mais le praticien rappelait que l'assurée avait pris sa retraite anticipée le 31 décembre 2013. Une prise en charge psychiatrique n'était pas indiquée. ![/endif]>![if> 10. Dans un avis du 17 mars 2014, la doctoresse E_____, médecin FMH auprès du service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), observant notamment que l'assurée était dans l'incapacité de travailler à des taux variables depuis le 23 avril 2012, a proposé la réalisation d'un examen rhumatologique par le SMR. ![/endif]>![if> 11. Le 10 juin 2014, le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et en rhumatologie auprès du SMR, a procédé à un examen rhumatologique de l'assurée. Dans

son rapport du 23 juillet 2014, il posait comme diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail des cervico-brachialgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec canal cervical étroit et hernie discale C5-C6 gauche (M 54.2), ainsi que des lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire (M 54.4). Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il retenait notamment une fibromyalgie (M 79.9), des troubles statiques modérés des pieds, ainsi qu'une suspicion clinique d'un syndrome du tunnel carpien gauche et d'une récurrence post-opératoire du syndrome du tunnel carpien droit. Sur le plan ostéoarticulaire et neurologique, son status était normal, mise à part la suspicion d'une récurrence du syndrome du tunnel carpien. Au niveau rachidien, il notait de discrets troubles statiques du rachis, avec surtout une hypercyphose dorsale, ainsi que des troubles statiques des pieds modérés. Des douleurs à la palpation de douze points typiques de la fibromyalgie sur dix-huit étaient présents. Enfin, le praticien constatait que les examens radiologiques à disposition mettaient en évidence des troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire. Au vu de cette situation clinique, le Dr F_____ retenait des limitations fonctionnelles au niveau du rachis, en ce sens que l'assurée devait pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, ne devait pas soulever ou porter régulièrement des charges excédant 5 kg, ne devait pas travailler en porte-à-faux statique prolongée du tronc, ne devait pas s'exposer à des vibrations, ne devait pas effectuer des mouvements répétés de flexion-extension de la nuque, ne devait pas effectuer de rotations rapides de la tête et ne devait pas se mettre en positions prolongées de flexion ou extension de la nuque. A son sens, ces limitations étaient en principe respectées dans l'activité habituelle d'assistante sociale, même si l'assurée devait travailler sur des ordinateurs, celle-ci ne présentant pas d'importants syndrome cervico ou lombovertébral, ni de syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire. Il n'y avait ainsi aucune raison biomécanique à attester d'une incapacité de travail dans cette activité ou dans toute autre activité adaptée. A cet égard, le praticien relevait que la tolérance à la position assise en cours d'entretien était bonne. Tout au plus, une diminution de rendement de 20% pouvait être admise depuis le 23 avril 2012, en raison des limitations fonctionnelles engendrées par la pathologie ostéoarticulaire. Par ailleurs, le praticien indiquait que, d'un point de vue purement rhumatologique, la fibromyalgie n'était pas incapacitante. Cependant, il réservait un examen psychiatrique complémentaire, afin d'exclure une pathologie psychiatrique incapacitante concomitante ou les critères de sévérité selon la jurisprudence, bien que l'assurée lui soit apparue euthymique en cours d'examen, qu'elle dise avoir bon moral et n'avoir jamais fait de dépression. Son moral avait toutefois été moins bon lorsqu'elle travaillait, mais elle n'avait jamais eu d'idées noires. Elle avait alors également réduit son réseau social, ne pouvant participer à des activités extra-professionnelles en plus de son travail. A l'heure actuelle, elle avait un réseau social conservé. Le praticien relevait toutefois que, dans une lettre du 19 juin 2014, l'assurée corrigeait ou contredisait parfois en partie ce qu'elle avait dit lors de l'examen. Ainsi, pour le praticien, la capacité de travail était en tout cas de 80% dans l'activité habituelle d'assistante sociale ou dans toute autre activité tenant compte des limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire. Il indiquait que la différence d'évaluation entre le médecin traitant, qui avait attesté de divers arrêts de travail allant d'un taux de 25% à 100% depuis le 23 avril 2012, et son évaluation, s'expliquait probablement par la présence de la fibromyalgie, dont le médecin traitant ne faisait pas mention. 12. Dans son courrier du 19 juin 2014, adressé au Dr F_____, l'assurée indiquait vouloir apporter des corrections et des précisions quant aux indications qu'elle avait données lors de son examen. S'agissant des effets psychiques de ses

douleurs, elle expliquait avoir été confrontée à des périodes très difficiles sur le plan psychologique, surtout lorsqu'elle ne disposait pas encore de médicaments suffisamment forts pour atténuer ses douleurs. A cet égard, si elle n'avait pas fait de tentative de suicide, il lui était arrivé d'y penser, comme seul moyen de mettre un terme à cette situation insupportable. Il s'agissait de sujets qu'elle avait de la peine à aborder, d'où ses réponses lapidaires lors de l'examen. Concernant un éventuel isolement, en raison de son état, elle indiquait avoir dû renoncer à certaines activités sociales en raison de ses douleurs et pour éviter de craquer devant ses amis. Par ailleurs, des insomnies, liées à l'inconfort de la position couchée, donnaient lieu à des troubles de l'humeur dans la journée. Enfin, par rapport à sa vie quotidienne, elle indiquait que si son état était très fluctuant, les douleurs consécutives à certains actes courants simples mettaient de plus en plus de temps à s'atténuer, et ce malgré la prise de médicaments de plus en plus forts. 13. Le 31 octobre 2014, l'assurée a été soumise à un examen clinique psychiatrique, mené par le docteur G _____, spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie auprès du SMR. Dans son rapport du 11 novembre 2014, l'examineur retenait les diagnostics de phobie spécifique (F 40.2) et de trouble de l'adaptation, actuellement en rémission (F43.2), sans répercussion sur la capacité de travail. Le praticien remarquait, préalablement, que l'assurée n'avait pas de plaintes en dehors du physique et ne signalait que quelques problèmes de mémoire. L'examen n'avait objectivé qu'une claustrophobie comme phobie spécifique, soit la peur des espaces clos, sans que ce diagnostic ne soit toutefois incapacitant. Tous les symptômes du syndrome somatique de la dépression étaient absents. Le diagnostic de trouble de l'adaptation, actuellement en rémission, avait toutefois été retenu, car l'assurée avait présenté, dans un passé relativement récent, des symptômes de type anxieux et dépressifs, mais insuffisamment caractérisés pour qu'un diagnostic plus spécifique soit retenu. Toutefois, d'après l'assurée, l'ensemble de ces symptômes avait disparu après sa retraite anticipée. Concernant les critères de sévérité du diagnostic de fibromyalgie, d'une part, il n'existait pas de comorbidité psychiatrique manifeste et, d'autre part, si l'on était bien en présence d'une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable et si l'on devait considérer que le traitement avait au moins partiellement échoué, on ne pouvait affirmer que l'état psychique était cristallisé, en l'absence d'une prise en charge spécialisée. Enfin, il n'y avait pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Pour le praticien, l'affection présentée par l'assurée n'était donc pas incapacitante au sens de l'assurance-invalidité. Ainsi, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail exigible de l'assurée était de 100% dans toutes les activités, et ce depuis le début de sa vie lucrative. 14. Par décision du 19 janvier 2015, l'OAI a rejeté la demande de mesures professionnelles et de rente d'invalidité de l'assurée. Il a retenu que depuis le début du mois d'avril 2012, la capacité de travail de l'assurée était de 80% dans son activité habituelle d'assistante sociale ainsi que dans une activité adaptée, de sorte que le droit à une rente n'était pas ouvert. Par ailleurs, dans la mesure où l'assurée avait pris sa retraite anticipée dès le mois de janvier 2014, des mesures professionnelles étaient sans objet. 15. Le 19 février 2015, l'assurée, représentée par un conseil, a recouru, en concluant, avec suite de frais et de dépens, préalablement, à la comparution personnelle des parties et à l'ouverture des enquêtes et, principalement, à l'annulation de cette décision, à ce qu'il soit dit et constaté que son taux d'invalidité était supérieur à 25% et à ce que l'OAI soit ainsi condamné à lui verser les prestations légales dues. En substance, elle contestait le degré d'invalidité de 20% retenu par l'OAI depuis le mois d'avril 2012, sur la seule base de l'examen clinique rhumatologique du SMR du 10 juin 2014, dans la mesure

où la totalité des rapports médicaux établis entre avril 2012 et décembre 2013 préconisaient une diminution de l'activité professionnelle de l'ordre de 50 à 80% de son taux d'activité de 80%. En outre, elle soutenait qu'il était médicalement établi que sa symptomatologie douloureuse était amplifiée et aggravée par son activité professionnelle. Or l'examen du SMR avait été pratiqué le 10 juin 2014, soit six mois après l'arrêt de l'activité professionnelle aggravante. Sa condition de santé ne pouvait dès lors qu'en être améliorée. Par conséquent, l'examen rhumatologique était biaisé et laissait subsister des doutes sur sa fiabilité et sa pertinence, en raison du moment où il s'était déroulé et de sa contradiction avec les autres examens médicaux. Dès lors, elle sollicitait la mise en œuvre d'une expertise par un médecin indépendant ou d'une expertise judiciaire. À l'appui de son recours, l'assurée produisait notamment un rapport établi par le Dr D_____ le 15 février 2015, certifiant en outre que la fréquence des consultations avait diminué depuis janvier 2014 et que le traitement médicamenteux s'était allégé. Le praticien confirmait ainsi que l'arrêt de l'activité professionnelle avait eu un effet positif sur la symptomatologie douloureuse et que l'incapacité de 20% retenue, durant la période d'activité, était sous-évaluée. Toutefois, il indiquait qu'un examen radiologique de la colonne cervicale, réalisé le 12 février 2015, montrait des discopathies importantes en C5-C6 et C6-C7 et une diminution des trous de conjugaison des deux côtés, principalement à gauche avec une atteinte majeure en C5-C6. Or, cette lésion n'était pas aussi marquée sur les précédents examens, ce qui tendait à démontrer une évolution défavorable des lésions dégénératives du rachis cervical.

16. Dans sa réponse du 23 mars 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il soutenait que les examens cliniques rhumatologique et psychiatrique réalisés par le SMR devaient se voir reconnaître une pleine valeur probante, dès lors que l'anamnèse et les examens médicaux étaient complets, que l'intégralité du dossier médical de la recourante avait été examiné en détail, que ses plaintes avaient été entendues et que les conclusions des experts étaient motivées et cohérentes. Les rapports du Dr D_____, avaient, quant à eux, une valeur probante moindre, en raison de son parti pris. S'agissant de la capacité de travail de la recourante, l'intimé observait que les limitations fonctionnelles relevées lors de l'examen rhumatologique du 10 juin 2014 étaient respectées dans l'activité habituelle d'assistante sociale, au vu de la description de l'activité indiquée par l'employeur dans son rapport du 16 juillet 2013. Ainsi, la symptomatologie douloureuse présentée par la recourante ne justifiait pas une incapacité de travail de plus de 20%, au vu des éléments objectifs constatés par les experts et de l'absence d'atteinte incapacitante sur le plan psychiatrique. Par ailleurs, quand bien même les examens radiologiques récents montraient une aggravation de l'atteinte ostéo-articulaire, malgré une diminution des douleurs ressenties, cela démontrait qu'un bilan radiologique n'était pas suffisant pour justifier en soi une incapacité de travail en l'absence de son interprétation par un spécialiste, corrélé par un examen clinique. En l'absence d'éléments objectifs contradictoires, et compte tenu de la valeur probante des rapports d'examens cliniques du SMR, l'intimé était d'avis qu'une nouvelle expertise n'était pas nécessaire. L'intimé joignait en outre un avis établi le 19 mars 2015 par la doctoresse H_____, médecin FMH auprès du SMR, selon lequel les allégations contenues dans le rapport du Dr D_____ du 15 février 2015 n'étaient pas convaincantes. Selon la praticienne, la différence d'évaluation entre le médecin traitant et le rhumatologue examinateur du SMR pouvait être liée au type de mandat, soit un mandat de soin contre un mandat d'expert, et à la présence de facteurs externes, non médicaux, à l'atteinte incapacitante.

17. Dans sa réplique du 4 mai 2015, la recourante maintenait que le rapport du 10 juin 2014 (recte: du 23 juillet 2014) n'avait pas valeur

probante et que ses douleurs étaient plus fortes lorsqu'elle exerçait son activité professionnelle, en raison des positions qu'elle devait adopter pour effectuer ses tâches, notamment lors de l'utilisation de l'ordinateur. Du reste, sa place de travail avait dû être aménagée. Elle remarquait que, dans son rapport, le Dr F_____ retenait que ses limitations fonctionnelles englobaient l'absence de travail en porte-à-faux statique prolongée du tronc, ainsi que l'absence de positions prolongées en flexion ou extension de la nuque. Or, cette dernière position était celle adoptée par toute personne travaillant sur un ordinateur. Ainsi, le SMR ne pouvait être suivi lorsqu'il estimait que ses limitations fonctionnelles étaient respectées dans l'activité d'assistante sociale. D'ailleurs, la recourante rappelait que ses douleurs avaient diminué après sa retraite anticipée, ce que démontrait la baisse de sa consommation de médicaments et de ses séances de physiothérapie dès 2014, attestée par les décomptes de prestations d'assurance qu'elle joignait. Elle se basait, en particulier, sur un rapport du Dr D_____ du 23 avril 2015, qui confirmait, sur la base des mêmes motifs, qu'une capacité de travail de 80%, dès le mois d'avril 2012, était surévaluée. Ainsi, la recourante persistait intégralement dans ses conclusions.!

18. Dans sa duplique du 19 mai 2015, l'intimé s'est référé à l'avis de la Dresse H_____ du 13 mai 2015. Dans cet avis, la praticienne relevait notamment que le poste de travail de l'assurée avait été aménagé afin qu'elle adopte une position corporelle correcte et évite une position en hyperextension et/ou en hyperflexion de la nuque. Concernant le rapport du Dr D_____ du 23 avril 2015, la Dresse H_____ remarquait qu'il confirmait l'évaluation des médecins examinateurs du SMR. Elle retenait en effet que, dans ses rapports des 14 juillet 2013 et 2 février 2014, ce médecin évaluait la capacité de travail de 50 à 80% et que le Dr F_____ avait retenu une capacité de 80% en raison des limitations fonctionnelles rachidiennes. Elle réitérait que l'appréciation différente de la capacité de travail entre le médecin rhumatologue du SMR et le médecin traitant était probablement liée au type de mandat et à l'existence d'une fibromyalgie. Au sujet des décomptes de pharmacie et de prestations produits, la praticienne relevait que le traitement était toujours composé des mêmes médicaments qu'en 2013 et qu'il avait été fait recours à des médicaments supplémentaires courant 2014, alors que la recourante était déjà retraitée. Concernant la prise en charge physiothérapeutique, elle permettait seulement de retenir que l'évolution de l'atteinte se faisait par poussée et que des adaptations thérapeutiques étaient nécessaires (antidouleurs/physiothérapie). Pour le reste, l'intimé remarquait que l'activité d'assistante sociale ne se résumait pas à l'utilisation d'un ordinateur, mais comprenait d'autres travaux, tels que le traitement du courrier, le classement, le téléphone, la réception, ou la prise de rendez-vous, lesquels étaient compatibles avec les limitations fonctionnelles retenues. Ainsi, outre la possibilité d'aménager le poste de façon ergonomique, les tâches étaient variées et permettaient de changer de position à intervalles réguliers. De plus, l'incapacité de travail de 20% retenue prenait en compte un temps de détente ou pour changer de position. Dès lors, l'intimé maintenait également ses conclusions.!

19. Par écriture du 11 juin 2015, la recourante soutient que l'aménagement de son poste de travail n'avait pas eu un effet aussi positif que celui estimé par l'intimé, compte tenu de la durée importante de l'activité sur ordinateur. Ses nombreux arrêts de travail et toutes ses consultations médicales le démontraient. S'agissant des autres tâches évoquées par l'intimé, soit elles étaient assumées par une secrétaire, soit elles nécessitaient l'utilisation d'un ordinateur. Par conséquent, des taux d'incapacité de travail variant entre 50 et 80% du taux habituel de 80%, dus exclusivement à l'atteinte cervicobrachiale, à l'exclusion de la fibromyalgie, devaient être admis. Enfin, elle explique que les médicaments achetés en

2014 étaient utilisés pour des douleurs moins fortes ou étaient destinés à traiter une lombosciatique droite algique, et non l'atteinte cervico-brachiale. Ainsi, sa consommation de médicaments avait bien diminué avec ses douleurs dès sa retraite anticipée, soit dès qu'elle n'avait plus été exposée à des positions délétères durant son activité professionnelle. Elle produit, pour le surplus, un rapport du Dr D_____ du 6 juin 2015 confirmant ses allégations, notamment quant au fait que l'adaptation de son poste de travail avait eu un effet incomplet et que son incapacité de travail avait varié entre 50 et 80% au cours des années 2010 à 2013, en raison de la seule atteinte cervicobrachiale, sans prendre en compte de fibromyalgie. [endif]>[if> 20. Dans des observations du 29 juin 2015, l'intimé s'est référé à l'avis établi par la Dresse H_____ le 26 juin 2015, selon lequel dans son rapport du 6 juin 2015, le Dr D_____ reconnaissait que l'adaptation du poste de travail de l'assurée avait eu un effet positif, même s'il le considérait incomplet. Par ailleurs, contrairement à ce qu'affirmait le Dr D_____, un diagnostic de fibromyalgie avait été retenu, mais sans effet sur la capacité de travail. A son sens, les Drs F_____ et D_____ avaient un regard différent sur un même état de fait. Ainsi, elle maintenait les conclusions du SMR du 13 novembre 2014. Selon l'intimé, le poste de travail de l'assurée avait été convenablement aménagé, selon le rapport d'analyse du 9 août 2010 et qu'il est ainsi cohérent que le Dr F_____ retienne que les limitations fonctionnelles étaient respectées dans l'activité habituelle d'assistante sociale, même si elle devait travailler sur des ordinateurs, l'assurée ne présentant pas de syndrome cervico ou lombovertébral important, ni de syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire. Il apparaissait que tant les médecins, hormis le médecin traitant, que les spécialistes en santé et sécurité au travail estimaient que l'activité habituelle de l'assurée était adaptée aux limitations fonctionnelles retenues à 80%. Aucun élément contradictoire objectif n'ayant été apporté, l'intimé a persisté dans ses conclusions. [endif]>[if> 21. Le 30 juin 2015, constatant que le Dr F_____ avait retenu un diagnostic de fibromyalgie et que le SMR, au vu de l'examen psychiatrique du Dr G_____, avait considéré qu'il n'avait pas d'impact sur la capacité de travail étant donné que l'assurée ne présentait aucune atteinte psychiatrique grave et durable, la chambre de céans a requis de l'intimé qu'il se détermine sur le cas de la recourante au regard de la nouvelle jurisprudence rendue par le Tribunal fédéral, le 3 juin 2015, en matière de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées. [endif]>[if> 22. Le 20 juillet 2015, l'intimé a relevé que, selon la jurisprudence en matière d'assurances sociales, les règles applicables étaient celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants s'étaient produits. Un changement de jurisprudence n'était un motif ni de révision, ni de reconsidération et ne déployait, en règle ordinaire, des effets que pour l'avenir. À son sens, l'interdiction de la rétroactivité faisait ainsi obstacle à l'application des principes dégagés dans la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral du 3 juin 2015 aux faits couverts par sa décision du 19 janvier 2015, de sorte qu'il maintenait ses conclusions. [endif]>[if> 23. Une copie de cette dernière écriture a été transmise à la recourante le 27 juillet 2015. [endif]>[if> 24. Le 25 août 2015, les parties ont été informées que la cause était 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 depuis 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. a.

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

b. 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. 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).

c. En l'espèce, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision litigieuse du 19 janvier 2015, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des dispositions de la LAI consécutives aux révisions précitées, 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. Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours du 19 février 2015, contre la décision du 19 janvier 2015, est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur la détermination de son degré d'invalidité.

S'agissant du droit de la recourante à une mesure d'ordre professionnel, on observera, à l'instar de l'intimé, qu'il n'y a plus lieu de se prononcer sur la question, au vu de la retraite anticipée prise par l'intéressée le 31 décembre 2013. Au demeurant, la recourante ne le conteste pas.

5. a. 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 art. 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).

b. 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). c. En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins (let. c). 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 LPG et art. 28 al. 2 LAI). d. Selon l'art. 30 LAI, l'assuré cesse notamment d'avoir droit à la rente d'invalidité dès qu'il peut prétendre à la rente de vieillesse de l'AVS. A cet égard, ont en particulier droit à une rente de vieillesse les femmes qui ont atteint 64 ans révolus (art. 21 al. 1 let. b LAVS). Les femmes qui remplissent les conditions d'octroi d'une rente ordinaire de vieillesse peuvent par ailleurs obtenir son versement anticipé d'un ou de deux ans, soit le premier jour du mois suivant 63 ou 62 ans révolus (art. 40 al. 1 LAVS).

6. a. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

b. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont notamment applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1). Ainsi, quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive

sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail n'est plus du tout ou seulement partiellement exigible de sa part (voir HENNINGSSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in Praxis 94/2005, pp. 2007 ss). On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.652/04 du 3 avril 2006 consid. 2.3).

7. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, ceux-ci n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait une présomption que de tels syndromes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2. et ATF 131 V 49 consid. 1.2). Au premier plan figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères pouvaient être déterminants, tels que des affections corporelles chroniques, un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132 V 65 consid. 4.2). En présence de tels syndromes, la mission d'expertise consistait surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission confiée, les experts failliraient à celle-ci s'ils ne tenaient pas compte des différents critères mis en évidence par le Tribunal fédéral dans le cadre de leur appréciation médicale (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 4.3).

8. Dans un arrêt du 3 juin 2015 (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 de manière optimale sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).
3. Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure

de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2). C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (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).

9. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur

probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

b. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

c. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) 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).

d. 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).

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

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 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).¹² 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).¹³ En l'espèce, on relèvera, préalablement, que la retraite anticipée prise par la recourante ne préjudicie pas de son droit à une rente d'invalidité, celle-ci ne pouvant prétendre, pour l'heure, à une rente de l'assurance-vieillesse ordinaire ou anticipée.

13. Sur le fond, dans son rapport d'examen rhumatologique du 23 juillet 2014, le Dr F_____ a retenu l'existence de cervicobrachialgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec canal cervical étroit et hernie discale C5-C6 gauche (M 54.2) et de lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire (M 54.4), entraînant une baisse de rendement de 20%. En

outre, le praticien a posé un diagnostic de fibromyalgie (M 79.9) sans répercussion sur la capacité de travail, sous réserve d'une évaluation psychiatrique complémentaire. Or, sur la base du rapport d'examen psychiatrique établi le 11 novembre 2014 par le Dr G _____, l'intimé a considéré qu'il n'y avait pas comorbidité psychiatrique grave, d'une part, et que les critères requis par le Tribunal fédéral jusqu'ici n'étaient pas réalisés, d'autre part. Ce faisant, il a exclu la présence d'une fibromyalgie invalidante et rejeté la demande de prestations de la recourante, retenant une incapacité de travail de 20% uniquement. Cependant, par arrêt du 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence. La présomption du caractère surmontable de la douleur est abandonnée et 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 d'indicateurs standard. Dans ce cadre, la prise en considération d'une comorbidité psychiatrique en tant que critère prioritaire a notamment été abandonnée. En l'occurrence, force est de constater que l'examen psychiatrique du Dr G _____ ne permet pas d'apprécier l'ensemble de ces indicateurs et, ainsi, les réelles répercussions fonctionnelles de la fibromyalgie diagnostiquée chez la recourante.

14. Invité à se déterminer, l'intimé a indiqué qu'il n'entendait pas appliquer la nouvelle jurisprudence fédérale à la présente cause, au motif qu'« en matière d'assurances sociales, les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1). Un changement de jurisprudence n'est un motif ni de révision, ni de reconsidération et ne déploie, en règle ordinaire, des effets que pour l'avenir (ATF 119 V 413 consid. 3a et les références) ». Il est évident qu'une nouvelle jurisprudence ne constitue ni un motif de révision, ni un motif de reconsidération. Il va également de soi qu'un changement de jurisprudence ne vaut que pour les cas futurs. Il importe en revanche de souligner qu'il s'applique pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment du changement de jurisprudence (ATF 108 V 3). Il n'est alors question ni de révision, ni de reconsidération. S'agissant du raisonnement tenu par l'intimé, selon lequel la décision contre laquelle l'assuré a interjeté recours le 19 février 2015, est entrée en force, il y a lieu de relever que ladite décision n'est précisément pas entrée en force, puisqu'elle fait l'objet du présent litige. C'est donc en vain que l'intimé cite expressément un arrêt du Tribunal fédéral à l'appui de son refus de se déterminer quant à la nouvelle jurisprudence (119 V 410). En effet, dans cet arrêt, le Tribunal fédéral se demande en réalité si le fait qu'une décision soit entrée en force s'oppose à une application de la nouvelle jurisprudence. La décision attaquée du 19 janvier 2015 n'étant en l'espèce pas entrée en force, la modification de jurisprudence à laquelle a procédé le Tribunal fédéral dans son arrêt du 3 juin 2015 doit être prise en considération pour résoudre le présent litige.

15. La chambre de céans constate, à la lumière de cette jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux, et applicable par analogie à la fibromyalgie, que la présente cause est insuffisamment instruite pour lui permettre de trancher. En effet, en l'absence d'une expertise appréciant les indicateurs jurisprudentiels requis, pour déterminer le caractère incapacitant du diagnostic de fibromyalgie posé, la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer sur les conclusions auxquelles le Dr F _____ a abouti sur le plan somatique. Il se justifie en conséquence d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, par la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire auprès d'un expert indépendant en rhumatologie et d'un expert indépendant en psychiatrie, tel que préconisé par la jurisprudence, et pour

nouvelle décision. A cet égard, on relèvera que le SMR lui-même, dans son avis du 4 août 2014, avait recommandé une analyse consensuelle entre l'examineur rhumatologue et l'examineur psychiatre, ce qui fait défaut en l'espèce. En l'état, il ne convient pas d'ordonner d'autre mesure d'instruction, de sorte qu'il sera renoncé à la comparution personnelle des parties sollicitée par la recourante à ce stade. 16. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). !endif>![if> Etant donné que, depuis le 1 er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-. 17. !endif>![if> 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.