

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1733/2014

ATAS/557/2016

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 4 juillet 2016**

**10<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Etienne SOLTERMANN      **recourante**

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE      **intimé**

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Pierre-Bernard PETITAT et Georges ZUFFEREY, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née en 1965, arménienne, au bénéfice d'un diplôme de couturière obtenu dans son pays d'origine, est arrivée en Suisse en 1998 avec son fils né en 1994. Depuis lors, elle a travaillé comme décoratrice de scène, costumière et habilleuse. En dernier lieu, elle a été engagée du 29 août au 30 novembre 2011 en qualité d'habilleuse par B\_\_\_\_\_ à Genève, avec un horaire irrégulier et pour un salaire horaire total de CHF 35.75. À ce titre, elle était assurée auprès de Generali assurances générales SA (ci-après : l'assureur-accidents) contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels.
2. Le 6 octobre 2011, l'assurée a été renversée par une voiture alors qu'elle traversait la chaussée sur un passage pour piétons. Transportée aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), les médecins ont diagnostiqué une fracture des processus transverses droits de L2 à L4, une fracture du mur postérieur du cotyle gauche et une possible contusion du pôle inférieur du rein droit.
3. Dans le rapport de sortie daté du « 11 octobre 2011 », la doctoresse C\_\_\_\_\_, cheffe de clinique, et le docteur D\_\_\_\_\_, médecin interne auprès du département de chirurgie des HUG, ont indiqué que l'assurée avait séjourné dans l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique du 11 octobre au 30 novembre 2011. Outre les diagnostics précités, ils ont relevé que l'assurée avait présenté des complications pendant le séjour, à savoir une pneumonie d'acquisition nosocomiale base pulmonaire droite, une cupulolithiase post-traumatique, une infection urinaire sur sonde et un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive. Les médecins préconisaient la poursuite de la physiothérapie et de la rééducation à la marche avec l'aide de deux cannes, ainsi que la poursuite d'un suivi psychologique. L'incapacité de travail à la sortie était totale.
4. Selon un scanner du bassin réalisé le 14 novembre 2011, l'aspect de la fracture du cotyle gauche était inchangé, mais des signes de consolidation toute débutante étaient relevés.
5. Le 16 décembre 2011, des clichés de contrôle ont révélé un status inchangé par rapport au comparatif du 25 octobre 2011, avec un trait de fracture connue du mur postérieur du cotyle gauche, une fracture du processus transverse droit de L2, L3 et L4 avec un cal osseux en formation, ainsi qu'une arthrose interfacettaire au niveau L5-S1 et moindre au niveau L4-S1.
6. Par demande du 22 mai 2012, l'assurée a sollicité des prestations de la part de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: l'OAI).
7. Du 7 au 20 août 2012, l'assurée a séjourné à la Clinique genevoise de Montana pour un soutien psychologique et une physiothérapie à but antalgique. Le rapport y relatif, établi le 30 août 2012, mentionne, à titre de diagnostic principal, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, et, à titre de comorbidités, un

syndrome douloureux chronique, une claustrophobie, une fièvre méditerranéenne et une allergie au Tramal.

8. Selon le questionnaire pour l'employeur daté du 31 août 2012, l'activité de l'assurée consistait à préparer les loges, habiller les artistes et entretenir les costumes. Ces tâches étaient rarement effectuées en position assise et l'assurée devait souvent marcher ou rester debout. Le port et le soulèvement de charges était fréquent jusqu'à 10 kg, occasionnel jusqu'à 25 kg et rare au-delà. De grandes exigences en termes de concentration, d'endurance et de soin étaient requises.
9. Par courrier du 24 octobre 2012, l'assureur-accidents s'est adressé directement à l'assurée, ne respectant ainsi pas l'élection de domicile que celle-ci avait faite en faveur de son conseil. L'assureur-accidents lui a fait part de son intention de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès du Centre d'expertise médicale de Nyon (ci-après CEMed). Une copie du questionnaire y était annexée et un délai lui avait été imparti pour formuler d'éventuelles objections.
10. Dans un rapport du 14 décembre 2012, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a constaté que la mobilité globale du rachis dorsolombaire était fortement diminuée, avec un syndrome lombaire marqué, et que l'angle spinosacral était légèrement diminué. La palpation des masses musculaires paravertébrales était extrêmement douloureuse et le bilan radiographique mettait en évidence une discrète perte de lordose lombaire basse.
11. Par rapport du 14 janvier 2013, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et Monsieur G\_\_\_\_\_, psychologue et psychothérapeute, ont diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec des symptômes somatiques et un état de stress post-traumatique en voie de rémission. Ils ont également fait état de difficultés liées à l'emploi et au chômage, d'événements entraînant une perte de l'estime de soi pendant l'enfance, ainsi que de difficultés dans les rapports avec le conjoint. Ces spécialistes ont indiqué que l'assurée, qu'ils connaissaient depuis bientôt trois ans, avait toujours trouvé la force de rebondir et aller de l'avant. Depuis son accident, sa situation s'était fortement dégradée et elle la rendait plus fragile. En effet, le sinistre avait eu un impact majeur sur le plan physique et avait entraîné la perte d'acquis professionnels et financiers, ce qui avait provoqué une déstabilisation majeure. Enfin, la dégradation des relations avec son fils durant son hospitalisation avait fini d'ébranler l'édifice déjà fragilisé.
12. En date du 19 février 2013, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était lentement favorable, mais que celle-ci demeurait toujours algique et fragile psychologiquement. D'un point de vue orthopédique, les restrictions concernaient le port de charge de plus de 5 kg et la position debout plus de deux heures par jour.
13. Le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et la doctoresse I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, experts du CEMed désignés dans le cadre de l'expertise

pluridisciplinaire mise en œuvre par l'assureur-accidents, ont rendu leur rapport le 28 mars 2013, suite à leurs examens réalisés les 10 et 16 janvier 2013. Ces médecins ont notamment diagnostiqué un syndrome douloureux important sur l'ensemble de la colonne vertébrale, sans explication liée à l'accident sur le plan morphologique. Ils ont considéré que la présentation clinique globale de l'assurée était incompatible avec une reprise de travail dans une profession demandant passablement de marche, des possibilités rapides de se mobiliser et le port de charges. Concernant les suites objectives de l'accident, les lésions traumatiques et les troubles psychiques encore présents n'entraient pas la capacité de travail, laquelle était complète dans toute activité.

14. À réception du rapport du CEMed, le conseil de l'assurée a contesté la manière dont l'expertise avait été organisée d'un point de vue formel, sans sa consultation préalable. Il a également mis en cause l'objectivité et la rigueur de l'expertise, ainsi que les conclusions relatives à la capacité de travail.
15. Par rapport du 25 mai 2013, le docteur J\_\_\_\_\_, médecin-traitant et spécialiste FMH en médecine interne générale, a attesté d'une totale incapacité de travail dans le métier habituel en raison des douleurs et de la fatigabilité, et retenu que la capacité de travail exigible était de 25% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.
16. Le 11 juin 2013, le Dr F\_\_\_\_\_ a exposé que l'état dépressif et la perte du sentiment de sécurité induits par l'accident et ses conséquences avaient des répercussions sur les capacités de l'assurée à reprendre un emploi, mais qu'une telle reprise dans un métier adapté était possible moyennant un accompagnement. Le traitement actuel consistait en une psychothérapie individuelle et une psychothérapie sur le lien mère-fils. Le pronostic était réservé et lié à la possibilité de reconstruire un projet professionnel de vie.
17. Par décision du 16 août 2013, confirmée sur opposition le 7 octobre 2013, l'assureur-accidents a reconnu la validité de l'expertise du CEMed, malgré l'irrégularité commise en violation de l'élection de domicile. Se fondant sur les conclusions dudit rapport, il a mis fin aux prestations avec effet au 31 août 2013.
18. Dans une appréciation du 30 septembre 2013, le docteur K\_\_\_\_\_, médecin auprès du service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), a estimé que le rapport d'expertise était probant et que les troubles présentés par l'assurée, soit des fractures vertébrales L2 à L5, une fracture de la hanche gauche, une contusion rénale droite et un trouble dépressif réactionnel n'entraînaient plus d'incapacité de travail depuis la date de l'expertise. Un accompagnement pour un réentraînement au travail était nécessaire.
19. En date du 4 octobre 2013, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui octroyer une rente limitée dans le temps.
20. Par courrier du 4 novembre 2013, le conseil de l'assurée a fait part à l'OAI de sa constitution pour la défense des intérêts de l'intéressée, avec élection de domicile

en son Etude. Sa cliente s'opposait à l'octroi d'une rente limitée, dans la mesure où le projet de décision se fondait sur le rapport du CEMed du 28 mars 2013, dont elle contestait les conclusions et la validité de la mise en œuvre. Elle requérait l'octroi de l'assistance juridique et la suspension de la procédure jusqu'à droit connu sur le recours qu'elle avait interjeté à l'encontre de la décision sur opposition de l'assureur-accidents.

21. Dans son arrêt du 8 mai 2014, la chambre de céans a statué dans la cause pendante entre l'assurée et l'assureur-accidents et annulé les décisions des 16 août et 7 octobre 2013 (ATAS/598/2014). Elle a en effet constaté que le conseil de l'assurée n'avait pas pu participer à la mise en œuvre de l'expertise, notamment en exerçant son droit de se prononcer sur le choix des experts en vue de leur désignation consensuelle, de prendre connaissance des questions et d'en formuler d'autres avant l'exécution de l'expertise. Partant, la cause était renvoyée à l'assureur-accidents pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise en respectant les droits de participation de l'assurée à la procédure, puis nouvelle décision.
22. Par décision du 13 mai 2014, l'OAI a confirmé son projet du 4 octobre 2013 et alloué à l'assurée une rente entière ordinaire du 1<sup>er</sup> novembre 2012 au 31 mars 2013. Il a en effet considéré, sur la base de l'appréciation du SMR et de l'expertise pluridisciplinaire du 28 mars 2013, que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité du 5 octobre 2011 au 16 janvier 2013. Dès cette date, ladite capacité était entière dans toute activité respectant ses limitations fonctionnelles. Cette décision a été notifiée directement à l'assurée.
23. Par acte du 13 juin 2014, l'assurée, par le biais de son conseil, a interjeté recours contre la décision précitée, concluant, sous suite de dépens, préalablement à ce que la notification irrégulière de la décision entreprise soit constatée, à l'octroi d'un délai supplémentaire pour compléter le recours et à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire confiée à des médecins spécialisés en orthopédie et psychiatrie, alternativement au prononcé de la suspension de la procédure jusqu'à la reddition de la nouvelle expertise pluridisciplinaire, déjà organisée par l'assureur-accident. Principalement, elle a conclu à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour une durée indéterminée, ainsi qu'à toutes prestations auxquelles la loi lui donnait droit. Elle a également requis d'être mise au bénéfice de l'assistance juridique gratuite avec effet rétroactif au 10 octobre 2013.
24. En date du 14 juillet 2014, la recourante a complété son recours, soutenant en substance que la motivation de la décision entreprise se fondait sur l'expertise mise en œuvre par l'assureur-accident, rapport qui avait été « annulé dans son intégralité » par la chambre de céans dans son arrêt du 8 mai 2014.
25. Dans sa réponse du 8 septembre 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse. S'agissant de la notification irrégulière de la décision, il a invoqué que les droits de la recourante avaient pu être sauvegardés.

Sur le fond, il a maintenu que l'expertise du CEMed était complète et détaillée et répondait à tous les réquisits en matière de valeur probante.

26. Le 17 octobre 2014, la recourante a informé la chambre de céans qu'elle était convoquée dans le cadre de la nouvelle expertise et serait examinée par les docteurs L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie.
27. Par arrêt incident du 3 novembre 2014, la chambre de céans a suspendu l'instance jusqu'au dépôt du rapport d'expertise pluridisciplinaire mis en œuvre dans la procédure en matière d'assurance accidents (ATAS/1116/2014).
28. En date du 21 juillet 2015, la recourante a sollicité la reprise d'instance et transmis à la chambre de céans les documents suivants:
  - a. Le rapport du Dr L\_\_\_\_\_ du 18 novembre 2014 suite à un examen de la recourante réalisé le 31 octobre 2014. L'expert en orthopédie a diagnostiqué une fibromyalgie, un état anxio-dépressif, une cervicarthrose dégénérative, une fièvre méditerranéenne et un status après un accident de la circulation le 6 octobre 2011, sinistre ayant causé une fracture des apophyses transverses L2 à L4 droit, une contusion du rein droit et une fracture du mur postérieur du cotyle gauche, traitées conservativement avec une guérison sans séquelles objectivables. Selon lui, aucun trouble n'était susceptible d'être mis en relation avec l'accident assuré. Les radiographies réalisées à une année de l'accident ne montraient plus aucune trace des fractures et les *status quo ante* et *sine* avaient dû être atteints dans le courant du printemps 2012. Le Dr L\_\_\_\_\_ a notamment indiqué que la recourante consultait, depuis novembre 2013, le docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, lequel mettait toute la symptomatologie sur le compte d'une fibromyalgie et d'un état dépressif plutôt que sur le compte de la fièvre méditerranéenne. Il a également signalé que des troubles dépressifs péjoraient la fibromyalgie.
  - b. Le rapport du Dr M\_\_\_\_\_ du 17 décembre 2014 à l'issue de ses examens des 6 novembre et 8 décembre 2014 et d'un entretien de synthèse avec le Dr L\_\_\_\_\_. Sur le plan psychiatrique, étaient diagnostiqués un trouble dépressif récurrent (épisode actuel léger)(F33.0), un trouble panique avec une agoraphobie (F41.01) et un état de stress posttraumatique (F43.1). L'expert a précisé ne pas retenir un syndrome douloureux somatoforme persistant car un spécialiste en rhumatologie avait formellement diagnostiqué une fibromyalgie, confirmée par l'expert L\_\_\_\_\_. Il s'est ensuite prononcé sur le rapport de causalité entre les atteintes retenues et le sinistre du 6 octobre 2011 et a conclu que la recourante avait développé, suite à l'accident, un tableau anxieux et dépressif qui correspondait à une aggravation de l'état antérieur. L'aggravation des troubles psychiques était en lien de causalité naturelle avec le sinistre pour une durée maximum de six mois. À partir du 6 avril 2012, des facteurs étrangers à l'accident avaient une valeur prépondérante pour expliquer la persistance des troubles. L'expert s'est en outre prononcé sur les critères à examiner en cas de syndrome sans pathogénèse ni

étiologie claires et sans constat de déficit organique. Il a estimé que la recourante devrait être à même de faire l'effort de surmonter les symptômes liés à sa fibromyalgie et à réintégrer le monde ordinaire du travail à temps plein. Aucune incapacité de travail n'était retenue sur le plan psychiatrique.

c. La décision de l'assureur-accidents du 16 mars 2015 mettant fin à ses prestations au 6 octobre 2012 au soir en raison du statu quo sine.

29. Par ordonnance du 23 juillet 2015, la chambre de céans a repris l'instruction de la cause.
30. Le 27 juillet 2015, l'intimé a maintenu ses conclusions et considéré que les deux expertises, lesquelles devaient se voir reconnaître une pleine valeur probante, établissaient que la fibromyalgie dont souffrait la recourante n'était pas invalidante, au regard des critères jurisprudentiels qui prévalaient au moment de la notification de la décision querellée.
31. Par écriture du 7 septembre 2015, la recourante a relevé que les Drs L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ l'avaient examinée dans le contexte limité relevant de l'assurance-accidents, de sorte qu'elle sollicitait que ces médecins soient auditionnés sur son droit aux prestations de l'assurance-invalidité. En outre, les nouveaux critères dégagés par la jurisprudence devaient être appliqués.
32. Le 22 octobre 2015, la recourante a sollicité l'audition du Dr J\_\_\_\_\_, et communiqué un rapport que celui-ci avait rédigé le 25 septembre 2015. Il en ressort que la recourante souffrait de douleurs persistantes dans la région lombaire irradiant vers la colonne dorsale et cervicale, avec des céphalées chroniques, associés à des troubles mnésiques et à un état dépressif. Elle présentait également des douleurs au niveau des mains, avec une arthrose, et des genoux, un kyste de grande taille au niveau de poumons, des lésions ovariennes, un diverticule duodéal, une formation ovoïde le long du ligament inguinal. Par ailleurs, environ une fois par mois, elle subissait des attaques de fièvre méditerranéenne incapacitantes. Compte tenu de l'ensemble de ces lésions internes et des douleurs séquellaires de l'accident qui n'étaient pas compatibles avec une unique fibromyalgie, il estimait que sa patiente devrait être mise au bénéfice d'une rente d'invalidité ou de mesures de réadaptation.

La recourante a également produit un rapport du docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en gastroentérologie et hépatologie, daté du 7 janvier 2010 et attestant une partie des troubles mentionnés dans le rapport précité du Dr J\_\_\_\_\_.

33. En date du 16 novembre 2015, l'intimé a considéré que les dernières pièces et écritures de la recourante n'étaient pas susceptibles de remettre en cause ses conclusions, étant notamment rappelé que les faits survenus après la décision litigieuse n'avaient pas à être pris en compte.
34. Copie de cette écriture a été transmise à la recourante et la cause gardée à juger.

---

**EN DROIT**

1. La chambre de céans ayant déjà admis sa compétence et la recevabilité du recours, il n'y a pas lieu d'y revenir.
2. À teneur de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20), les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> 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 466 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 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la décision litigieuse du 13 mai 2014 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329).

4. Le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a limité le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité à la période du 1<sup>er</sup> novembre 2012 au 31 mars 2013. Il s'agit en particulier de déterminer si la recourante a effectivement recouvré une capacité de travail entière dans une activité adaptée à partir du 1<sup>er</sup> avril 2013.
5. a. La recourante conclut notamment à l'octroi de l'assistance juridique gratuite pour la procédure d'opposition avec effet rétroactif au 10 octobre 2013.  
b. Dans la procédure administrative en matière d'assurances sociales, l'assistance gratuite d'un conseil juridique est accordée au demandeur lorsque les circonstances l'exigent (art. 37 al. 4 LPGA). La LPGA a ainsi introduit une réglementation légale à l'assistance juridique pour ce type de procédure (ATF 131 V 153 consid. 3.1).

Selon la jurisprudence, les conditions d'octroi de l'assistance judiciaire gratuite sont en principe remplies si les conclusions ne paraissent pas vouées à l'échec, si le requérant est dans le besoin et si l'assistance d'un avocat est nécessaire ou du moins indiquée (ATF 125 V 201 consid. 4a ; ATF 125 V 371 consid. 5b et les références).

On rappellera toutefois que dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 413 consid. 1a ; ATF 119 Ib 33 consid. 1b et les références citées). Cela étant, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2 ; ATF 122 V 34 consid. 2a et les références).

c. En l'espèce, la recourante a formulé une demande d'assistance judiciaire en date du 4 novembre 2013. Dans la mesure où aucune décision en la matière ne semble avoir été rendue et étant donné que l'intimé ne s'est à aucun moment prononcé à son sujet, il s'ensuit que l'objet du litige ne peut pas être étendu à cette question. Par conséquent, la conclusion tendant à l'octroi de l'assistance juridique pour la procédure d'opposition est irrecevable (arrêt du Tribunal fédéral 2C\_764/2009 du 31 mars 2010 consid. 2.3). Au vu de l'incompétence de la chambre de ceans sur cette question, la cause sera transmise à l'intimé afin qu'il statue sur le droit de la recourante à l'assistance juridique durant cette période.

6. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA.

L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). Il n'y a pas matière à révision lorsque

---

les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1).

7. 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).

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 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement

---

exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

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 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).

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

10. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, ceux-ci n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait une présomption que de tels syndromes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2 et ATF 131 V 49 consid. 1.2). Au premier plan

---

figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères pouvaient être déterminants, tels que des affections corporelles chroniques, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132 V 65 consid. 4.2). En présence de tels syndromes, la mission d'expertise consistait surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission confiée, les experts failliraient à celle-ci s'ils ne tenaient pas compte des différents critères mis en évidence par le Tribunal fédéral dans le cadre de leur appréciation médicale (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 4.3).

11. 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).

12. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 368 consid. 2).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

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. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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).

b. Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères pertinents - lui permettent de surmonter ses douleurs. Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leur les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 648/03 du 18 septembre 2004 consid. 5.1.3 et 5.1.4).

Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion

---

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

13. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

Les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (ATF 141 V 281 consid. 8).

Lorsqu'une expertise ne permet pas une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants développés par la nouvelle jurisprudence en lien avec les

troubles somatoformes douloureux et d'autres syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, un renvoi à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision est possible (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_219/2015 du 12 octobre 2015 consid. 5.4).

14. En l'espèce, se basant sur l'appréciation du SMR du 30 septembre 2013, elle-même fondée sur les conclusions du rapport d'expertise du CEMed, l'intimé a considéré que la recourante avait été dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité professionnelle du 5 octobre 2011 au 16 janvier 2013, date à partir de laquelle la capacité de travail était entière dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles et en particulier dans la dernière activité déployée. Elle a maintenu ses conclusions suite à la reddition de l'expertise mise en œuvre par l'assureur-accidents, relevant que les rapports établissaient que la fibromyalgie n'était pas invalidante. Ainsi, le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité était limité du 1<sup>er</sup> novembre 2012 au 31 mars 2013.
15. Étant donné que les experts ont retenu le diagnostic de fibromyalgie, mais exclu toute répercussion de ladite atteinte sur la capacité de travail de la recourante, il sied de déterminer au préalable quels critères jurisprudentiels doivent être appliqués.

Une nouvelle jurisprudence s'applique pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment du changement de jurisprudence (ATF 108 V 3), de sorte que la modification à laquelle a procédé le Tribunal fédéral dans son arrêt du 3 juin 2015 doit être prise en considération pour résoudre le présent litige.

En l'occurrence, l'expert en psychiatrie a pris position quant aux anciens critères jurisprudentiels. Son évaluation ne peut cependant pas être suivie au regard de la nouvelle jurisprudence, parce que son rapport ne permet pas une appréciation de l'état de santé de la recourante à la lumière des exigences relatives au diagnostic et des indicateurs déterminants.

16. De surcroît, il sied de relever que les déterminations des Drs L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_, mandatés par l'assureur-accidents, portent avant tout sur l'existence d'un éventuel rapport de causalité entre le sinistre survenu le 6 octobre 2011 et les atteintes à la santé dont souffre la recourante depuis lors, et non pas sur la capacité de travail de cette dernière compte tenu de son état de santé global. Partant, ces rapports d'expertise sont manifestement insuffisants pour trancher le présent litige.

S'agissant des diagnostics, la chambre de céans relèvera que le Dr M\_\_\_\_\_ a écarté l'existence d'un trouble somatoforme douloureux persistant au motif que le diagnostic de fibromyalgie avait été confirmé par le Dr L\_\_\_\_\_. Or, ce dernier, expert en chirurgie orthopédique, n'est pas un spécialiste en la matière et il n'a pas procédé aux examens cliniques usuels permettant de poser le diagnostic de fibromyalgie. Il semble en réalité avoir retenu une telle atteinte sur la seule base d'un rapport du Dr N\_\_\_\_\_, document non produit dans le cadre de la présente

cause. Dans ces conditions, les conclusions des deux experts quant aux diagnostics retenus sont discutables.

17. Concernant l'avis du médecin du SMR, lequel ne contient aucune motivation et omet de tenir compte du syndrome douloureux pourtant mentionné dans le rapport du CEMed sur lequel il est basé, il sied de rappeler que non seulement la valeur probante de l'expertise a été niée par la chambre de céans, mais qu'en outre la position de l'assureur-accidents ne saurait être décisive pour l'issue de la présente procédure, laquelle n'est pas limitée aux conséquences du sinistre du 6 octobre 2011. Par conséquent, l'avis du médecin du SMR n'est pas probant.
18. Enfin, s'agissant des rapports des médecins-traitants, en particulier de ceux du Dr J\_\_\_\_\_, ils ne comportent pas une analyse globale et détaillée de l'ensemble des atteintes de la recourante, si bien que l'on ne saurait sans autre se fonder sur leur appréciation selon laquelle la capacité de travail serait nulle. Il sied également de 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.
19. L'intimé est donc invité à reprendre l'instruction en mettant en œuvre une nouvelle expertise médicale confiée à des experts indépendants, selon la procédure prévue à l'art. 44 LPGA. La nouvelle expertise interdisciplinaire devra comporter des volets orthopédique, rhumatologique et psychiatrique. Il incombera notamment aux experts de se prononcer sur tous les diagnostics, les limitations fonctionnelles, l'influence des différentes atteintes sur la capacité de travail et l'évolution de cette dernière depuis le mois de juillet 2008, à la lumière des indicateurs standard développés par le Tribunal fédéral au consid. 4 de l'ATF 141 V 281 en matière de trouble somatoforme douloureux, en motivant suffisamment leur appréciation.  
  
C'est le lieu de rappeler qu'une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail n'est plus du tout ou seulement partiellement exigible de sa part. On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 652/04 du 3 avril 2006 consid. 2.3).
20. Il se justifie en conséquence d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 13 mai 2014 et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
21. La recourante, représentée par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui est octroyée à titre de participation à ses frais et

dépens (art. 61 let. g LPGA; 89H al. 1 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable au sens des considérants.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement et annule la décision du 13 mai 2014.
3. Renvoie le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
4. Transmet d'office la cause à l'intimé afin qu'il statue sur le droit de la recourante à l'assistance juridique avec effet au 10 octobre 2013.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le