

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2563/2014

ATAS/801/2015

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

**Arrêt du 20 octobre 2015**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître PETITAT Pierre-Bernard

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine  
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_, née le \_\_\_\_\_ 1954, arrivée en Suisse en 1988, a travaillé en dernier lieu comme femme de chambre, jusqu'en 2002, date à laquelle elle a présenté de fortes douleurs lombaires.
2. D'un rapport établi par les médecins du service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) le 30 décembre 2002, il résulte qu'elle souffre de lombocruralgies gauches associées à des lombosciatalgies droites de type S1 dans un contexte de lombalgies chroniques et d'un abaissement du seuil de la douleur mettant en évidence une fibromyalgie secondaire avec 10 points de fibromyalgie positifs sur 18.
3. L'assurée a tenté une reprise de travail à plein temps comme vendeuse dans une boulangerie dès avril 2005 ; elle a toutefois dû interrompre cette activité à fin novembre 2005 en raison de la recrudescence des douleurs.
4. Le 14 juillet 2005, la doctoresse B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a confirmé la présence d'une fibromyalgie ayant débuté par des lombosciatalgies devenues chroniques. Elle a préconisé le maintien d'une activité professionnelle avec une reprise de travail à 50%, à réévaluer vers la hausse.
5. L'assurée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI) le 23 novembre 2005.
6. Le 9 janvier 2006, la doctoresse C\_\_\_\_\_, FMH en médecine interne et médecin traitant, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, depuis 2002, des cervico-dorso-lombalgies chroniques, des lombocruralgies gauches sur discopathies étagées L4-S1 sur canal lombaire étroit, des lombosciatalgies droites de type S1, une fibromyalgie secondaire associée à un état dépressif avec trouble du comportement alimentaire. Elle a attesté d'une incapacité de travail entière depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2005, tant dans l'activité antérieure que dans toute autre activité.
7. Le 11 février 2006, le docteur D\_\_\_\_\_, psychiatre, a retenu un épisode dépressif moyen existant depuis 2003. Il a signalé que l'assurée présentait des hallucinations avec symptômes dépressifs, lesquelles évoquaient un trouble schizo-affectif. Il n'a toutefois observé aucune idée délirante, ni idée de persécution.
8. Mandatés par l'OAI, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, tous deux du Service médical régional AI (ci-après SMR), ont examiné l'assurée. De leur rapport daté du 3 octobre 2007, il résulte que du point de vue strictement psychiatrique, la capacité de travail exigible est complète, vu l'absence de comorbidité psychiatrique significative. Du point de vue rhumatologique en revanche, dans l'activité habituelle de femme de chambre la capacité de travail est nulle, dans l'activité de vendeuse en boulangerie de 80% et dans une activité adaptée ne comprenant pas le soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, le port de charges d'un poids excédant 7 kg, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc et

permettant l'alternance de la position assise et debout deux fois par heure, de 100%, depuis l'été 2005.

9. Le 16 novembre 2007, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision, confirmé par décision du 1<sup>er</sup> février 2008, aux termes duquel sa demande était rejetée.
10. L'assurée a recouru en temps utile, considérant que l'activité de vendeuse en boulangerie était incompatible avec son état de santé et en contradiction avec les limitations fonctionnelles retenues par les médecins du SMR.
11. Le Tribunal cantonal des assurances cantonales, alors compétent, a, par arrêt du 26 juin 2008, considéré que la fibromyalgie dont souffrait l'assurée n'était pas invalidante au sens de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI) et de la jurisprudence fédérale, et a confirmé les conclusions des médecins du SMR selon lesquelles l'assurée présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, respectivement de 80% dans l'activité de vendeuse. Il a cependant constaté que l'OAI n'avait pas procédé à la comparaison des revenus. Il a dès lors partiellement admis le recours et renvoyé le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATAS/792/2008).
12. Le Service de réadaptation professionnelle de l'AI a, en exécution de l'arrêt du 26 juin 2008, procédé à la détermination du degré d'invalidité.

Le revenu sans invalidité a été fixé à CHF 49'440.- pour l'année 2006 sur la base des données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), tableau TA 7 pour une femme exerçant une activité de niveau 4 (activités simples et répétitives) dans le domaine de la vente, dès lors que l'ancien employeur de l'assurée avait été radié du Registre du commerce au 12 octobre 2005 et qu'il n'était dans ces conditions plus possible de l'interroger.

Le service de réadaptation professionnelle a constaté que les revenus avec et sans invalidité devaient être basés sur la même table statistique, et a considéré qu'il était superflu de les chiffrer puisque dans un tel cas, le degré d'invalidité se confond avec la diminution de la capacité de travail, soit en l'espèce 20%. Il a par ailleurs calculé que dans une activité adaptée à 100% la comparaison du revenu sans invalidité et du revenu exigible, déterminé en référence aux ESS 2006 d'une femme exerçant une activité de niveau 4 dans tous secteurs confondus (par exemple ouvrier polyvalente ou à l'établi, employée au conditionnement), donnait un degré d'invalidité de -1,7%.

13. Par décision du 5 janvier 2009, l'OAI a nié le droit de l'assurée à toute prestation AI.
14. Représentée par le Centre de contact Suisses-Immigrés, l'assurée a contesté le calcul auquel avait procédé l'OAI pour déterminer son degré d'invalidité, plus particulièrement, le fait qu'aucun abattement sur le revenu avec invalidité n'avait été pris en considération. Elle a ainsi conclu à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité et à la prise en charge de mesures d'ordre professionnel.

Par arrêt du 19 mai 2009, le Tribunal cantonal des assurances cantonales a confirmé les degrés d'invalidité retenus par l'OAI tant dans une activité adaptée que dans celle de vendeuse en boulangerie, respectivement de 0% et de 20%, lesquels étaient insuffisants pour justifier le droit à une rente d'invalidité. Il a constaté que l'assurée ne pouvait pas non plus prétendre à des mesures de réadaptation. Considérant toutefois que la longue période d'inactivité que l'assurée avait vécue, pouvait rendre difficile une réinsertion dans le milieu professionnel, le Tribunal a prévu qu'elle puisse être mise au bénéfice d'une mesure d'aide au placement, si elle le demandait. Aussi a-t-il très partiellement admis le recours (ATAS/596/2009).

15. Par décision du 14 mars 2012, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations AI formée par l'assurée. Il a en effet considéré qu'elle n'avait pas rendu plausible que son état de santé s'était péjoré depuis janvier 2009, date à laquelle sa précédente demande de prestations avait été rejetée.
16. L'assurée a interjeté recours contre ladite décision le 27 avril 2012.
17. Dans sa réponse au recours du 13 juin 2012, l'OAI, se référant à un avis du SMR du 1<sup>er</sup> juin 2012, aux termes duquel l'assurée présentait manifestement une aggravation de son état de santé, a admis qu'il convenait d'instruire plus avant la nouvelle demande.
18. Par arrêt du 26 juin 2012, la chambre des assurances sociales, compétente depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, considérant que l'assurée avait obtenu satisfaction, a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, admis le recours et annulé la décision du 14 mars 2012.
19. Interrogé par l'OAI, le docteur G\_\_\_\_\_, médecine physique et réhabilitation, a, dans un rapport du 8 novembre 2012, indiqué qu'il suivait l'assurée depuis avril 2012 et que celle-ci souffrait d'une discopathie L5-S1 avec débord foraminaux droit et fibromyalgie. Il rappelle qu'elle est en arrêt de travail depuis 2002 et confirme que l'activité alors exercée n'est plus exigible, tout en réservant la possibilité d'un travail plus léger. Il indique toutefois que l'on ne saurait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle au vu du tableau douloureux subjectif.
20. Le 29 novembre 2012, la Dre C\_\_\_\_\_ a répondu à l'OAI que l'état était resté stationnaire depuis 2010. Selon ce médecin, les douleurs ressenties sont toujours invalidantes malgré la physiothérapie et le traitement médicamenteux. La capacité de travail est nulle. La compliance n'est pas optimale, dans la mesure où l'assurée ne prend pas son traitement de façon régulière. Les points trigger du syndrome douloureux chronique sont très sensibles 18/18. Elle retient les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme chronique persistant et de diabète mal contrôlé.
21. Egalement interrogée par l'OAI, la doctoresse H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en endocrinologie, diabétologie et médecine interne, a, par courrier du 13 décembre 2012, déclaré qu'elle n'avait examiné l'assurée qu'à deux reprises, en juillet et novembre 2012, par rapport à son diabète de type 2 extrêmement mal contrôlé avec

hémoglobine glyquée à 12,5%. Elle n'a ainsi pas souhaité se prononcer sur la capacité de travail.

22. Le 24 décembre 2012, la doctoresse I\_\_\_\_\_, psychiatre, a quant à elle retenu les diagnostics de :

- trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique depuis 2000,
- canal lombaire étroit depuis 2005,
- diabète insulino traité depuis 2009,
- fibromyalgie depuis 2000.

A titre de diagnostic sans effet sur la capacité de travail, elle a relevé une obésité de stade II. Elle estime que l'incapacité de travail est entière depuis 2006. Le rendement est réduit en raison de difficultés de concentration et d'attention, d'instabilité à la marche, d'une asthénie physique et d'un épuisement rapide qu'elle observe après une heure au maximum d'activité à domicile.

23. Dans une note du 13 mai 2013, le médecin du SMR a considéré qu'il n'y avait ni fait nouveau, ni nouveau diagnostic. Il constate en effet que selon la Dresse C\_\_\_\_\_, l'état de santé est stationnaire pour un syndrome douloureux persistant avec une capacité de travail nulle. La Dresse H\_\_\_\_\_ ne peut pas se prononcer sur la capacité de travail, et la Dresse I\_\_\_\_\_ atteste d'une incapacité de travail totale pour toute activité depuis 2006 en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, fibromyalgie, canal lombaire étroit et diabète de type 2.

24. Le 17 juin 2013, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision. Il a à nouveau pris en considération une capacité de travail nulle dans l'activité de femme de chambre depuis le 27 juin 2005, une capacité de travail de 80% comme vendeuse en boulangerie et une capacité de travail entière dans une activité adaptée, de sorte que son degré d'invalidité est nul.

25. L'assurée, représentée par son mandataire, a contesté ce projet de décision le 20 août 2013. Elle estime que les critères jurisprudentiels pour la reconnaissance du caractère invalidant de son état dépressif récurrent sont remplis, et que, partant, une incapacité totale de travail doit lui être reconnue dans toute activité depuis le mois d'octobre 2009. Elle conclut ainsi à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

26. Invité à se déterminer, le SMR a proposé de soumettre l'assurée à une expertise pluridisciplinaire, confiée à un centre de type COMAI via la plateforme MED@P avec les spécialités de rhumatologie, médecine interne et psychiatrie, les questions suggérées par le médecin du SMR étant les suivantes :

- Un trouble de la lignée somatoforme ou trouble assimilé est constaté, peut-on raisonnablement exiger un effort de volonté de la part de l'assurée pour utiliser

sa capacité de travail ? En d'autre terme, des éléments de gravité selon la jurisprudence en vigueur sont-ils présents ?

- Le cas échéant, depuis quand l'assurée présente-t-elle une incapacité de travail (IT) justifiée médicalement ?
- Comment l'IT justifiée médicalement a-t-elle évolué dans son activité habituelle, depuis janvier 2009 ?
- Quelle est la capacité de travail (CT) exigible dans l'activité habituelle (exprimée sur un 100% ou en nombres d'heures par jour) ?
- Quelle est la CT exigible dans une activité adaptée ? Et depuis quand une telle activité est-elle exigible ? Comment cette CT a-t-elle évolué ?

27. L'assurée a séjourné à la Clinique genevoise de Montana du 1<sup>er</sup> au 14 octobre 2013. Le diagnostic principal retenu était le trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques et idées suicidaires.

28. L'expertise a été réalisée par les docteurs J\_\_\_\_\_, médecine interne, K\_\_\_\_\_, psychiatre, et M\_\_\_\_\_, rhumatologue, du Centre d'expertise médicale (CEMed), les 10 et 12 décembre 2013. Le rapport a été établi le 28 mars 2014.

Sur le plan psychiatrique, ils ont posé les diagnostics suivants :

- Dysthymie/dysphorie (F34.1),
- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4),
- Processus d'invalidation avancée (F68.0).

S'agissant du deuxième diagnostic, ils considèrent que l'aspect invalidant n'existe pas, les critères jurisprudentiels n'étant pas réunis.

Constatant que ce qui avait été décrit auparavant restait valable, ils concluent qu'il n'y a pas aggravation et, par conséquent, pas d'incapacité de travail significative sur le plan psychique, étant précisé qu'il y a peut-être eu une aggravation psychiatrique en 2012 autour de la mort de son fils, mais qu'elle s'est probablement limitée à une période de six maximum douze mois. Ils ont ajouté que :

« Nous avons eu l'impression que ce qui a été décrit comme aggravation en 2012 correspond davantage à une perception empathique pour cette femme qui a un cours de vie difficile, avec des événements pénibles, une distance voulue à d'autres relations sentimentales et une réduction globale de son champ de vie, mais ceci ne s'est pas confirmé objectivement. Ici, il y a des informations anamnestiques concordantes avec les observations cliniques, ces dernières même à plusieurs niveaux et par plusieurs observateurs ».

Les experts ont considéré que la capacité de travail de l'assurée dans son activité de femme de ménage était nulle depuis 2002, que sa capacité de travail dans son activité de vendeuse était nulle depuis environ 2002 pour autant que cette activité comporte des ports répétés de charges ou des positions debout prolongées sans

possibilité de s'asseoir ; qu'en revanche, dans une activité légère, alternant les positions ou une activité assise avec possibilité de changer régulièrement de positions, sans geste fin répété, avec les mains surtout à droite, sa capacité de travail était en théorie de 100%.

29. Dans sa note du 20 juin 2014, le médecin du SMR a considéré que l'expertise était convaincante, prenait en compte les plaintes de l'assurée, s'appuyait sur un examen clinique approfondi et complété par des examens paracliniques adéquats. De plus, l'appréciation de la situation médicale et les conclusions étaient claires, motivées et cohérentes, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de ces conclusions.
30. Par décision du 26 juin 2014, l'OAI a confirmé son projet de décision du 17 juin 2013.
31. Par courrier du 23 juillet 2014 adressé à l'OAI, la Dresse H\_\_\_\_\_ a déclaré interjeter recours contre ladite décision. Elle allègue que sa patiente souffre d'un état dépressif sévère nettement aggravé suite au décès de son fils en 2009 (recte : 2012), de polyarthralgies, probablement dans le contexte d'une fibromyalgie, et d'un diabète de type 2 extrêmement décompensé provoquant en lui-même une fatigue majeure, des douleurs au niveau des membres inférieurs, des vertiges et une baisse de la vision. Elle en conclut que la reprise d'une activité professionnelle, même à temps partiel, semble impossible, ceci probablement à long terme vu l'âge de la patiente.
32. Par courrier du 28 août 2014, Monsieur L\_\_\_\_\_, a indiqué que l'assurée l'avait chargé de la défense de ses intérêts, et a confirmé que celle-ci souhaitait recourir contre la décision du 26 juin 2014.
33. L'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a complété son recours le 7 novembre 2014. Elle conclut, préalablement, à ce que soit ordonnée une comparution personnelle des parties, et, principalement, à ce que la décision du 26 juin 2014 soit annulée et à ce que son dossier soit renvoyé à l'OAI.
34. Dans sa réponse du 11 décembre 2014, l'OAI a proposé le rejet du recours, se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire réalisée les 10 et 12 décembre 2013 par les médecins du CEMed. Il relève que l'assurée n'apporte aucun élément objectif de nature clinique ou diagnostique qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts, ou établir le caractère incomplet de leur ouvrage (ATF 9C 573/2009 consid. 2.3). Il rappelle qu'il ne suffit pas de prétendre que les experts auraient dû présenter des conclusions différentes. Il admet qu'il y a eu aggravation de l'état de santé au niveau psychiatrique, mais relève qu'il s'agit d'une aggravation limitée dans le temps. Si l'assurée allègue que cette aggravation est durable, aucun élément corroborant cette affirmation n'est toutefois produit à l'appui de son recours.
35. Dans sa réplique du 6 février 2015, l'assurée demande à nouveau à être entendue par la chambre de céans.

36. La chambre de céans a ordonné, le 20 février 2015, la suspension de l'instruction de la cause en application de l'art. 78 let. f LPA, M. L\_\_\_\_\_ étant décédé le \_\_\_\_\_2015.

Le 20 février 2015, elle a interrogé l'assurée afin de déterminer si celle-ci entendait confier la défense de ses intérêts à un nouveau mandataire ou si elle souhaitait continuer la procédure en personne.

37. Le 7 mars 2015, Me Pierre-Bernard PETITAT a informé la chambre de céans qu'il se constituait pour l'assurée.

38. Dans sa duplique du 18 mars 2015, l'OAI a déclaré persister dans ses conclusions. Il précise que le rapport de la Dresse H\_\_\_\_\_ du 23 juillet 2014 n'apporte pas d'éléments médicaux susceptibles de remettre en cause la valeur probante de l'expertise du CEMed des 10 et 12 décembre 2013. Il rappelle que la détermination du degré d'invalidité dans l'activité habituelle et dans l'activité adaptée avait été établie le 17 novembre 2008 par le service de réadaptation professionnelle. Le calcul a été repris puisque les capacités de travail retenues sont les mêmes que celles qui prévalaient en 2007.

39. Par courrier du 24 juin 2015, la chambre de céans a invité l'OAI à se déterminer sur l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral le 3 juin 2015 en matière d'évaluation du droit à une rente AI en cas d'affections psychosomatiques et assimilées.

40. Le 28 juillet 2015, l'OAI a indiqué qu'

« 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).

L'interdiction de la rétroactivité fait ainsi obstacle à l'application des principes dégagés dans l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_492/2014 du 3 juin 2015 aux faits couverts par notre décision du 26 juin 2014 ».

41. Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable.

- 
3. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, plus particulièrement sur le point de savoir si son état de santé s'est aggravé depuis le 26 juin 2008, date à laquelle la décision rejetant sa première demande de prestations a été confirmée par l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales en tant qu'elle fixait à 100 % la capacité de l'assurée dans une activité adaptée.
  4. Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande [art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201)], elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108; 130 V 71) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente.

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'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

5. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).
6. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).
7. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).
8. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.
9. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui

peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

10. 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).
11. 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; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1).
12. Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement 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). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2).
13. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations

fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_492/2014 du 3 juin 2015 destiné à la publication consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1) au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie à l'exception de la fatigue due au cancer (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3), à la neurasthénie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 5), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4) et de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3).

14. 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).

15. Dans un arrêt récent (9C\_492/2014 du 3 juin 2015 destiné à la publication), 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_492/2014, op. cit., 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_492/2014, op. cit., 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_492/2014, op. cit., 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. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_492/2014, op. cit., 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_492/2014, op. cit., 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).

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

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les

écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 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\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

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

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).

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).

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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_492/2014, op. cit., consid. 8).

Lorsqu'une expertise ne répond pas suffisamment aux questions auxquelles il faut répondre, selon la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux, le Tribunal fédéral a expressément laissé la possibilité d'un renvoi à l'administration afin que soient posées les questions complémentaires à l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_942/2014, op. cit., consid. 8).

17. En l'espèce, le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux ou fibromyalgie a été posé par les médecins ayant examiné l'assurée.

L'OAI a considéré, sur la base du rapport d'expertise établi le 28 mars 2014 par les Drs J\_\_\_\_\_, K\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_, qu'il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique grave, d'une part, et que les critères requis par le Tribunal fédéral jusqu'ici n'étaient pas réalisés, d'autre part. Ils ont dès lors exclu la présence d'une affection invalidante et rejeté la demande.

Or, par arrêt du 3 juin 2015, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence relative aux affections psychosomatiques et assimilées. Il y a dorénavant lieu d'examiner en substance 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.

18. Invité à se déterminer, l'OAI a indiqué le 28 juillet 2015 qu'il n'entendait pas appliquer la nouvelle jurisprudence fédérale à la présente cause, au motif qu'« en matière d'assurances sociales, les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1). Un changement de jurisprudence n'est un motif ni de révision, ni de reconsidération et ne déploie, en règle ordinaire, des effets que pour l'avenir (ATF 119 V 413 consid. 3a et les références) ».

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'OAI, selon lequel la décision contre laquelle l'assurée a interjeté recours le 23 juillet 2014 est entrée en force, il y a lieu de relever que ladite décision n'est précisément pas entrée en force, puisqu'elle fait l'objet du présent litige. C'est donc en vain que l'OAI 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 du 26 juin 2014 n'étant en l'espèce pas entrée en force, la modification de jurisprudence à laquelle a procédé le Tribunal fédéral dans son arrêt du 3 juin 2015 ne peut être que prise en considération pour résoudre le présent litige.

19. Force est de constater, à la lumière de cette jurisprudence, que la présente cause est en l'état insuffisamment instruite pour être tranchée. L'expertise du 28 mars 2014 ne permet en effet pas de répondre aux questions auxquelles il y a dorénavant lieu de répondre en cas d'affections psychosomatiques, étant rappelé que l'expert psychiatre avait considéré que le syndrome douloureux somatoforme persistant dont il avait retenu le diagnostic n'était pas invalidant, les conditions posées par la jurisprudence applicables jusque-là n'étant pas réunies.

Il se justifie en conséquence d'admettre le recours, d'annuler la décision du 26 juin 2014 et de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire auprès de l'expert psychiatre mandaté, soit le Dr K\_\_\_\_\_, au sens des considérants, et pour nouvelle décision.

La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- 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]). Etant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> 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.-.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet et annule la décision du 26 juin 2014.
3. Renvoie le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire auprès de l'expert psychiatre mandaté, soit le Dr K\_\_\_\_\_, au sens des considérants, et pour nouvelle décision.
4. Condamne l'OAI à verser à la recourante une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
6. 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

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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