

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2978/2014

ATAS/1011/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 décembre 2015

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à PLAN-LES-OUATES

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), ressortissante kosovare née en 1966, a travaillé notamment en tant qu'aide-gainière à 100% à partir de novembre 2003.
2. La doctoresse B_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a attesté d'une totale incapacité de travail de l'assurée à compter du 25 octobre 2013, arrêt qu'elle a par la suite régulièrement prolongé, le dernier certificat versé au dossier ayant été établi en date du 25 février 2014 et portant sur la période courant jusqu'au 31 mars 2014.
3. Le 9 décembre 2013, la Dresse B_____ a conclu à un trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec syndrome somatique depuis mai 2013. Une reprise du travail pouvait être envisagée dès le 15 décembre 2013, à confirmer.
4. Dans un rapport du 10 février 2014, la Dresse B_____ a confirmé son diagnostic en expliquant que sa patiente subissait une situation de *mobbing* depuis plusieurs mois.
5. Le docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a examiné l'assurée à la demande de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie.

Dans son rapport du 28 mars 2014, l'expert a établi une anamnèse et noté la présence d'une symptomatologie anxieuse et dépressive réactionnelle à un conflit familial et à des hernies discales.

L'assurée se plaignait de douleurs lombaires avec une force moindre dans les membres inférieurs, d'angoisse et d'une agressivité en lien avec le conflit familial. Elle se disait triste et fatiguée en raison de son status somatique. L'ensemble de ces symptômes s'améliorait progressivement depuis sa prise en charge. L'assurée évoquait aussi des troubles de la concentration, des insomnies et des réveils nocturnes en raison de douleurs dorsales. Les symptômes avaient un retentissement significatif dans ses activités quotidiennes et la tenue de son ménage, essentiellement du point de vue somatique, car elle ne parvenait pas à assumer la plupart des tâches lourdes et à porter plus de deux kg.

Au plan psychiatrique, aucune limitation fonctionnelle significative n'était révélée lors d'une journée type. L'assurée avait gardé de bonnes relations avec plusieurs membres de sa famille. Les épreuves psychométriques démontraient des capacités intellectuelles et de concentration satisfaisantes.

L'assurée se montrait relativement motivée pour reprendre une activité professionnelle à temps partiel, à condition qu'elle soit adaptée à son status somatique.

Au plan psychiatrique, le Dr C_____ ne voyait pas d'éléments empêchant une reprise professionnelle progressive.

A l'issue de son examen clinique, l'expert a conclu à un épisode dépressif récurrent moyen, sans symptômes psychotiques, en rémission partielle, correspondant à un épisode dépressif léger. Il n'y avait ni troubles anxieux spécifiques - les symptômes

anxieux résiduels s'inscrivant dans le contexte de l'épisode dépressif - ni douleurs sans substrat organique persistantes. L'expert a rappelé que, selon les critères diagnostiques de la CIM-10, lorsqu'une douleur pouvait être expliquée par un mécanisme physiopathologique mais qu'il existait des arguments en faveur du rôle étiologique de facteurs psychologiques, il fallait poser un diagnostic de facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs (F 54) d'une part, et un diagnostic figurant dans un autre chapitre de la CIM-10 d'autre part. Le Dr C_____ ne pouvait se prononcer sur la présence d'un mécanisme physiopathologique, mais au cas où un substrat organique au moins partiel serait retenu, il pouvait admettre le diagnostic de facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs (F 54). Il n'y avait pas d'isolement social, si bien que les critères jurisprudentiels pour retenir le caractère invalidant d'un éventuel trouble somatoforme douloureux n'étaient pas remplis.

Au final, le Dr C_____ a retenu le diagnostic d'épisode dépressif récurrent moyen, sans symptômes psychotiques en rémission partielle et de symptomatologie dépressive actuellement légère (F 33.11 / F 33.0) avec répercussion sur la capacité de travail. Il a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans incidence sur la capacité de travail : des difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z 56) et des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classés ailleurs (F 54). L'évolution thymique avait été positive, mais il existait une fragilité psychique justifiant une reprise professionnelle progressive et décalée dans toute activité adaptée au plan somatique, les limitations de ce point de vue devant être clarifiées. Au plan psychiatrique, la capacité de travail dans toute activité adaptée au statut somatique était nulle jusqu'au 31 mai 2014, de 50% du 1^{er} au 30 juin 2014 et de 100% sans diminution de rendement dès le 1^{er} juillet 2014.

6. Le 7 avril 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI) en invoquant des hernies discales présentes depuis 2011.
7. L'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie a mis sur pied une expertise auprès du docteur D_____, spécialiste FMH en rhumatologie, lequel a rendu son rapport en date du 14 mai 2014.

Dans l'anamnèse, l'expert a relaté que l'assurée se plaignait de douleurs rachidiennes à prédominance lombaire avec irradiations persistantes au membre inférieur droit, qui avaient justifié plusieurs arrêts de travail par le passé et semblaient s'être exacerbées en septembre 2013, dans le contexte de décompensation d'un état dépressif. Ces douleurs étaient permanentes. L'assurée signalait aussi des douleurs plus diffuses sur le côté gauche du tronc et sur la partie droite du rachis cervical, se prolongeant à l'ensemble du membre supérieur droit, ainsi qu'une sensation de faiblesse au niveau des membres supérieur et inférieur droits.

A l'issue de son examen clinique et de l'étude des documents radiologiques, le Dr D_____ a retenu un syndrome douloureux chronique prédominant dans l'hémicorps droit correspondant à une fibromyalgie, sans incidence sur la capacité de travail.

Le bilan d'imagerie du rachis lombaire mettait en évidence une discopathie modérée de L4-L5, la présence de hernies discales d'allure non compressive, toutes localisées du côté gauche, soit du côté où l'assurée présentait le moins de douleurs. Malgré la collaboration médiocre de l'intéressée à l'examen clinique, on pouvait retenir une fibromyalgie. Les découvertes d'imagerie n'avaient, selon le rhumatologue, aucune conséquence en termes d'incapacité de travail. Il n'y avait objectivement pas de limitation fonctionnelle liée à une atteinte organique, ni d'incapacité de travail pour raison somatique. La reprise de l'activité habituelle pouvait immédiatement être exigée à 100%, bien que l'assurée ne semblât pas motivée à reprendre son activité professionnelle.

L'expert a précisé avoir obtenu les documents médicaux du docteur E_____, médecin traitant de l'assurée, ainsi qu'un rapport du docteur F_____, spécialiste FMH en rhumatologie, qui préconisait un électroneuromyographe (ENMG) du membre inférieur gauche en raison des lombosciatalgies gauches dont se plaignait l'assurée. Cette dernière n'avait cependant déclaré que des douleurs au membre inférieur droit à l'expert rhumatologue. Le Dr F_____ avait également mentionné un diagnostic de fibromyalgie et des signes de Waddell. Le docteur G_____, spécialiste FMH en neurologie, avait examiné l'assurée le 15 avril 2014, et l'examen neuromyographique au membre inférieur gauche s'était révélé normal. Ces éléments confirmaient l'absence d'atteinte organique chez l'assurée.

8. Le 3 juin 2014, la doctoresse H_____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a proposé le rejet de la demande de prestations de l'assurée.
9. Par décision du 26 août 2014, l'OAI rejeté la demande de prestations de l'assurée au motif que si sa capacité de travail avait été nulle depuis le 13 novembre 2013, elle avait augmenté à 50 % depuis le 1^{er} juin 2014 et à 100% depuis le 1^{er} juillet 2014.
10. Par courrier du 29 septembre 2014 à l'OAI - transmis par ce dernier à la Cour de céans comme objet de sa compétence - l'assurée a contesté cette décision en indiquant être suivie par le docteur I_____, spécialiste FMH en rhumatologie et en produisant un rapport de la doctoresse J_____, qui a réalisé une infiltration péri-radiculaire L4 bilatérale en date du 20 juin 2014.
11. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 27 octobre 2014, a conclu au rejet du recours.

L'intimé relève qu'ayant statué, il ne lui appartient plus de recueillir des informations auprès du Dr I_____. Au demeurant, aucun élément médical susceptible de rendre plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante

n'est produit. Quant à l'infiltration lombaire, l'intimé se réfère à l'avis de la doctoresse K_____, du SMR, qui relève que le rapport d'infiltration ne fait état d'aucun élément clinique ou neurologique nouveau susceptible de modifier sa position.

12. Le 25 novembre 2014, le Dr I_____ a expliqué au Dr E_____ que les douleurs lombaires et à l'épaule gauche de la recourante l'avaient amené à organiser une tomodensitométrie lombaire et une infiltration de l'épaule gauche.
13. Le 22 janvier 2015, la chambre de céans a procédé à l'audition du Dr I_____.

Le témoin a confirmé que l'examen est normal à droite, comme l'a constaté le Dr D_____.

La recourante a également été examinée par les Drs F_____ et G_____.

Le témoin a expliqué avoir ordonné un scanner le 24 novembre 2014, qui a révélé une hernie discale L4-L5 et une compression du nerf en L5 gauche, ce qui correspond à son examen clinique. Cette atteinte se traduit notamment par une diminution de la sensibilité et elle implique l'obligation d'alterner les positions assise et debout et de multiplier les déplacements. En phase aiguë, eu égard à l'activité pratiquée par la recourante, elle entraîne une totale incapacité de travail que l'on pourrait espérer diminuer à 50% grâce aux antalgiques. Ceux-ci se sont cependant montrés peu efficaces, tout comme l'infiltration.

En conséquence, le témoin a émis l'avis que sa patiente est toujours dans l'incapacité totale de travailler et qu'une solution chirurgicale devrait être envisagée en cas d'échec des traitements.

La recourante a quant à elle précisé avoir traversé trois épisodes de dépression, en 2004, 2009 et 2014 et être toujours suivie par la Dresse B_____. Ses problèmes dorsaux se sont péjorés en 2013. Elle aurait voulu continuer à travailler, car sa situation financière est difficile.

A l'issue de l'audience, la chambre de céans a imparti un délai à l'intimé pour produire les rapports des Drs F_____ et G_____ et se déterminer.

14. Par écriture du 16 février 2015, l'intimé, après avoir interrogé son SMR, a émis l'avis qu'il convenait, au vu des pièces produites à la procédure, de modifier ses conclusions : selon le SMR, l'état de la recourante n'était pas stabilisé, raison pour laquelle il proposait que le dossier lui soit renvoyé pour instruction complémentaire.

Ont été versés à la procédure :

- un rapport du 20 mars 2014 du Dr F_____, concluant à des lombalgies communes avec 7 points de fibromyalgie douloureux sur 18 ; le médecin se dit non convaincu du caractère d'atteinte radiculaire des douleurs du membre inférieur gauche et ajoute que l'anamnèse est difficile en raison des

plaintes diffuses ; le seul élément objectif consiste en une contracture musculaire prédominant nettement en para-lombaire gauche ;

- un rapport du 17 avril 2014 du Dr G_____, concluant après un examen et un ENMG, à un status neurologique normal, à des amplitudes sensitives et motrices dans la norme et à l'absence de signe de dénervation ; le médecin conclut à un syndrome algique diffus rendant difficile une évaluation plus fine et observe que, même s'il n'y a pas de signes pyramidaux, les réflexes rotuliens sont particulièrement vifs, ce qu'il convient de suivre cliniquement en gardant en tête la possibilité d'une myélopathie ;
- un avis émis le 11 février 2015 par la Dresse K_____, concluant qu'au vu de ces rapports, l'état de santé de la recourante n'est pas stabilisé au plan rhumatologique.

15. Par courrier du 25 février 2015, le Dr E_____ a confirmé la totale incapacité de travail de sa patiente, tant sur le plan psychique que physique.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 LPGA).
4. Le litige porte sur le degré d'invalidité de la recourante.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 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. 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. 28 al. 2 LAI).

6. 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 130 V 352 consid. 2.2.1; 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 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; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

7. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de

l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_699/2011 du 21 mai 2012 consid. 4.2).

8. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346 consid. 2), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4), à l'hypersomnie ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (ATF 137 V 64 consid. 4.2 et 4.3) et de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3).

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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 652/04 du 3 avril 2006 consid. 2.3).

9. 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). Au premier plan figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères pouvaient être déterminants, tels que des affections corporelles chroniques, un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). 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 (ATF 132 V 65 consid. 5.1).

10. Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible.

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. Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères ressortant de la jurisprudence précitée, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (consid. 3.6). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

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 (F 45.5), 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 (consid. 4.3.1.3). Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité. 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 ses 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 asséculo-logique 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).

11. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de 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; ATF 115 V 133 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 convient 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; ATF 122 V 157 consid. 1c).

12. En principe, une nouvelle jurisprudence doit s'appliquer immédiatement aux affaires pendantes au moment où elle est adoptée (ATF 135 II 78 consid. 3.2). Cela étant 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).

13. En l'espèce, les expertises versées au dossier ne permettent pas de statuer sur la capacité de gain de la recourante, telle qu'elle doit être déterminée en fonction des nouveaux critères jurisprudentiels développés plus haut.

Bien que cette question puisse rester ouverte, il n'est au demeurant pas certain que les expertises déjà réalisées satisfont aux réquisits jurisprudentiels, dès lors qu'en particulier celle du Dr C_____ n'examine pas la capacité de travail de la recourante à l'aune de l'ensemble des critères qui prévalaient jusqu'à la récente modification de la jurisprudence pour déterminer la capacité de gain d'un assuré présentant un trouble somatoforme douloureux.

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).

L'intimé a au demeurant conclu à ce que la cause lui soit renvoyée pour instruction complémentaire, l'état de santé de la recourante n'étant pas stabilisé. Il lui appartiendra dès lors de compléter l'instruction de façon conforme aux nouvelles exigences posées par le Tribunal fédéral en matière de troubles somatoformes douloureux – également applicables à la fibromyalgie, comme on l'a vu.

14. Eu égard à ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

La recourante, qui n'est pas représentée, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPG).

La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite, l'intimé supporte l'émolument de CHF 500.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
4. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
5. 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

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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