

# **GE\_GERICHTE ATAS/1053/2014 vom 2. Oktober 2014**

GE Cour de justice, 2014-10-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1053\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1053_2014)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1053/2014 du 2 octobre 2014

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1053/2014 del 2 ottobre 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

La recevabilité du recours ainsi que le droit applicable ont déjà été examinés dans l'arrêt de la chambre de céans du 29 novembre 2012.

### **E. 2**

Le litige porte sur le point de savoir si l'état de santé de la recourante s'est aggravé depuis la décision sur opposition du 16 février 2006 au point d'influer sur son droit à une rente d'invalidité.

### **E. 3**

a. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, 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. Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.20). Il en va de même lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance (art. 87 al. 3 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b). b. Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

A/3009/2009 - 12/18 - 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). En

revanche, 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 ; 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 I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1 et les références).

#### **E. 4**

a. Aux termes de l'art. 8 al. 1 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). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. b. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; Arrêt du Tribunal fédéral I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

A/3009/2009 - 13/18 - 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). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (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). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si

ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (Arrêt du Tribunal fédéral I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 135 V 65 consid. 4.2.2 ; Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_387/2009 du 5 octobre 2009 consid. 3.2). Il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (Arrêt du Tribunal fédéral I 497/04 du 12 septembre 2005 consid. 5.1). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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) (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les

A/3009/2009 - 14/18 - constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (Arrêt du Tribunal fédéral I 590/05 du 27 février 2007 consid. 3.1). A l'inverse, 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).

## **E. 5**

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et

sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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).

#### **E. 6**

En l'espèce, il est rappelé que le Tribunal fédéral a dénié toute valeur probante au rapport d'expertise rendu par les Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_, auxquels il a reproché de ne pas expliquer pour quelles raisons les limitations fonctionnelles retenues, que ce soit d'un point de vue somatique ou psychique, ne laisseraient subsister aucune capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. De même, il a estimé que les observations cliniques rapportées par l'expert psychiatre étaient « ténues » et ne permettaient pas de comprendre, en l'absence d'explications précises, les

A/3009/2009 - 15/18 - diagnostics retenus. Il a souligné : « Plus généralement, les conclusions finales auxquelles aboutissent les experts ne procèdent pas d'une discussion générale, où auraient été intégrés, dans une analyse globale cohérente, les renseignements issus du dossier (dont font partie les expertises du COMAI de Genolier et de la doctoresse H\_\_\_\_\_), l'anamnèse, les indications subjectives et l'observation clinique ». La chambre de céans est d'avis qu'il convient de procéder à une nouvelle expertise bidisciplinaire et que demander un simple complément aux Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ ne serait pas suffisant, compte tenu de l'importance et de la nature des griefs retenus par le Tribunal fédéral à l'encontre de leur rapport d'expertise. En l'occurrence, il est indispensable que la recourante se soumette à de nouveaux examens complets d'un point de vue rhumatologique et psychiatrique, que les experts procèdent à une étude rigoureuse et fouillée de son dossier, et se prononcent notamment sur les conclusions retenues par les Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ dans leur rapport du 27 mai 2005, document ayant servi de fondement à la suppression de la rente, ainsi que sur celles de la Dresse H\_\_\_\_\_ du 6 mars 2009, sur lesquelles s'est appuyé l'intimé pour conclure qu'il n'y avait pas d'aggravation notable et durable de l'état de santé de la recourante. Les experts devront ainsi expliquer les motifs pour lesquels ils s'écartent ou confirment les conclusions des autres spécialistes ayant ausculté la recourante.

#### **E. 7**

Partant, la chambre de céans ordonne la mise en œuvre d'une expertise interdisciplinaire tenant compte des aspects rhumatologiques et psychiques, moyen le plus adéquat pour établir de manière objective si l'état de santé de la recourante a subi, depuis la décision sur opposition du 16 février 2006, une péjoration notable susceptible de faire renaître le droit à une rente d'invalidité. L'expertise sera confiée au Dr K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et au Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, lesquels devront prendre tous les renseignements nécessaires auprès des médecins ayant examiné la recourante.

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

A/3009/2009 - 16/18 - 1. Ordonne une expertise psychiatrique et rhumatologique. 2. Commet à ces fins le Dr K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et le Dr L\_\_\_\_\_.

spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. 3. Dit que la mission d'expertise est la suivante : a) Prendre connaissance du dossier de l'intimé ainsi que du dossier de la présente procédure ; b) Prendre tous les renseignements auprès des médecins ayant traité la recourante ; c) Examiner et entendre la recourante, après s'être entourés de tous les éléments utiles, dont l'avis de tiers si nécessaire ; d) Ordonner au besoin d'autres examens.

4. Charge les experts d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes : a) Anamnèse. b) Données subjectives de la personne. c) Constatations objectives. d) Diagnostic(s). I. S'agissant d'éventuels troubles somatiques : a) La recourante souffre-t-elle de troubles somatiques ? Si oui, lesquels et depuis quand ? Est-ce que l'état de santé de la recourante a subi une péjoration durant les années 2005 ou 2006 ? b) Les plaintes de la recourante sont-elles objectivées ? c) Existe-t-il chez la recourante des affections corporelles chroniques ? d) Existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ? e) Constatez-vous l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art ? f) Quelles sont les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic ? II. S'agissant d'éventuels troubles psychiques : a) La recourante souffre-t-elle de troubles psychiques ? Si oui, lesquels et depuis quand ? Est-ce que l'état de santé de la recourante a subi une péjoration durant les années 2005 ou 2006 ? b) Quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci, le cas échéant (faible, moyen, grave) ?

A/3009/2009 - 17/18 - c) Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle selon le DSM IV ou la CIM-10 ? d) Quelles sont les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic ? e) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ? e) Mentionner, pour chaque diagnostic posé, puis globalement, les conséquences sur la capacité de travail, en pourcent. f) Si un trouble somatoforme douloureux est retenu par l'expert psychiatre : a) Y a-t-il la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes ? Si oui, depuis quand ? b) Sinon, y a-t-il une ou des affection(s) corporelle(s) chronique(s) ou un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable ? Si oui, depuis quand ? c) Y a-t-il une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ? Si oui, depuis quand ? d) Y a-t-il un état psychique cristallisé ? Si oui, depuis quand ? e) Y a-t-il un échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, cela en dépit de la motivation et des efforts de la recourante ? Si oui, depuis quand ? f) Y a-t-il une divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, ou de grandes divergences entre les informations fournies par la recourante et celles ressortant de l'anamnèse, des plaintes très démonstratives qui laissent insensibles les experts, ou encore l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact ? g) La recourante dispose-t-elle encore de ressources psychiques, en d'autres termes est-il exigible qu'elle reprenne une activité lucrative même au prix d'importants efforts ? Si oui, depuis quand ? Au terme d'un consilium a) Déterminer la capacité de travail globale de la recourante dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée ? b) Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant. c) Dire quelles sont les limitations fonctionnelles de la recourante. d) Dire dans quelle mesure une activité lucrative tenant compte des limitations fonctionnelles est raisonnablement exigible de la

A/3009/2009 - 18/18 - recourante, et dans ce cas dans quel domaine, depuis quand et avec quel rendement. e) Evaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle. f) Indiquer si la capacité de travail peut être améliorée par des mesures médicales, et le cas

échéant lesquelles. g) Commenter et discuter les avis médicaux du SMR, des experts s'étant déjà prononcés et des médecins-traitants, et indiquer pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés. Prendre position quant aux constatations et conclusions des Drs E \_\_\_\_\_ et F \_\_\_\_\_, celles de la Dresse H \_\_\_\_\_, ainsi que celles des Drs I \_\_\_\_\_ et J \_\_\_\_\_. h) Formuler un pronostic global. i) Toute remarque utile et proposition des experts. 5. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans. 6. Réserve le fond.

La greffière

Nathalie LOCHER

La présidente

Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le

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