

GE_GERICHTE ATAS/1075/2020 vom 10. November 2020

GE Cour de justice, 2020-11-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1075_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/1075/2020 du 10 novembre 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/1075/2020 del 10 novembre 2020

Erwägungen

E. 44

À la demande de la chambre des assurances sociales, le centre de la douleur des HUG a, par pli du 30 juin 2020, produit les rapports de consultation concernant l'assurée, précisant que le suivi de cette dernière s'était terminé le 23 octobre 2019 en accord avec elle. D'après le rapport du 29 juin 2015, la patiente avait entre autres fait part des difficultés de couple qu'elle devait affronter depuis de nombreuses années et qui généraient de très fortes tensions. Ce même rapport ainsi que ceux des 21 octobre 2015, 14 juin 2016, 11 octobre 2017, 24 avril 2018, 20 mai 2019 et 28 octobre 2019 contenaient la description faite par l'intéressée de ses douleurs. À teneur du rapport du 14 juin 2016, elle s'efforçait, malgré ses douleurs, de sortir tous les jours pour aller en ville ou faire un tour dans la nature soit seule soit avec sa sœur et elle quittait son domicile pendant toute la journée deux fois par semaine, ce qui l'aidait à garder le moral. Selon le rapport du 7 novembre 2018, elle était soulagée par la décision de quitter son mari. D'après le rapport du 20 mai 2019, elle restait active malgré les douleurs, sortait régulièrement les après-midis et aimait aller se promener et passait parfois une journée entière dans la nature ; elle aimait aussi aller voir sa sœur et faire de la broderie au point de croix, étant en outre très contente et soulagée d'avoir trouvé un appartement pour elle. À teneur du rapport du 28 octobre 2019, elle avait noté que, lors de son séjour dans son pays d'origine, il lui avait été plus facile de se décentrer des douleurs, et, dans le canton de Genève, elle marchait quotidiennement et avait repris quelques activités sociales tout en appréciant aussi la solitude surtout depuis la séparation d'avec son mari.

E. 45

Par observations du 22 juillet 2020, l'intimé, en référence au contenu du procès-verbal de l'audience du 23 juin 2020 et des rapports nouvellement produits du centre de la douleur des HUG, a maintenu sa position telle qu'exprimée dans ses précédentes écritures. À teneur d'un avis du 30 juin 2020, avec prise en compte des témoignages des médecins lors de l'audience du 23 juin 2020, des rapports du centre de la douleur des HUG et de la Dresse V_____, le SMR, par la Dresse U_____, maintenait ses précédentes appréciations, mais admettait une dégradation de l'état de santé de l'assurée sur le plan hématologique postérieure à la décision de juillet 2019, étant donné qu'en septembre 2019 la Dresse L_____ parlait d'une hémoglobine stable à 105 g/l. Était en outre relevé ce qui suit : aucun élément objectif nouveau n'était apporté par la Dresse F_____ si ce n'était une amélioration au plan psychique (de 30 %) ; pour le Dr C_____, la situation était stationnaire depuis 2013 ; aucun

A/3236/2019 - 27/42 - élément objectif nouveau n'était apporté par la Dresse R_____, de sorte que les conclusions de l'avis du SMR du 18 février 2020 restaient d'actualité ; le rapport de la Dresse V_____ n'amenait pas non plus d'élément médical objectif nouveau.

E. 46

Par écriture du 19 septembre 2020, la recourante a persisté dans les conclusions de son recours. En référence au rapport du centre de la douleur des HUG du 28 octobre 2019, elle s'était bien rendue dans son pays pour visiter sa famille vivant après le décès de ses parents et de son troisième frère, et maintenir le lien avec le reste de sa fratrie ; elle séjournait chez l'un de ses frères ; ses voyages étaient très occasionnels depuis sa séparation et ses atteintes à la santé. Par ailleurs, aller dans la nature l'apaisait et était sa seule activité de soulagement, lui permettant de penser à autre chose que sa douleur tant psychique que physique, lorsque celle-ci ne la contraignait pas à être enfermée chez elle et isolée. Enfin, les déclarations des médecins traitants concordaient sur son incapacité de gain.

E. 47

Sur ce, la cause a été 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), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 LPGA 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. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 LPGA ; art. 62 al. 1 et 63 al. 1 let. b de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 3. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2). 4. Conformément à l'art. 87 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou

A/3236/2019 - 28/42 - 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 (al. 2). 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, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3). L'exigence du caractère plausible d'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits de l'assuré doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (refus d'entrer en matière ; ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b et les références citées). 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 134 V 131 consid. 3 ; 130 V 343 consid. 3.5). À cet égard, une

appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1). Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit entre la dernière décision entrée en force, 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, d'une part, et la décision litigieuse, d'autre part (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_754/2013 du 16 avril 2014 consid. 2.1). Dans le domaine de l'AI, une modification peu importante de l'état de fait déterminant, en particulier du degré d'invalidité, peut donner lieu à une révision de la rente, dans la mesure où elle justifie le passage à un échelon de rente différent (ATF 133 V 545 consid. 6). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9 ; 117 V 198 consid. 4b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de

A/3236/2019 - 29/42 - révision (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 491/2003 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références). 5. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à rejeter la nouvelle demande de prestations, en particulier de rente d'invalidité, de la recourante formulée le 20 novembre 2018. Concrètement, il concerne l'existence d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée entre le 25 novembre 2016 (décision initiale de refus de prestations) et le 4 juillet 2019 (rejet de la nouvelle demande de prestations). 6. a. Aux termes des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Conformément à 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2, en vigueur dès le 1er janvier 2008). À teneur de 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. b. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la

mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). c. D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'AI le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'AI, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c ; 117 V 278 consid. 2b ; 400 consid. 4b et les arrêts

A/3236/2019 - 30/42 - cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA). 7. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'al. 2 de cette disposition légale prescrit que 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. Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré. 8. a. 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'AI, 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 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À 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).

A/3236/2019 - 31/42 - b. Depuis le prononcé de deux arrêts du Tribunal fédéral du 30 novembre 2017, le Tribunal fédéral, la jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux - et également applicable notamment à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1) -, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (ATF 143 V 409 consid. 4.5 ; 143 V 418 consid. 6, 7 et 8). Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

c. Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale conformément à l'ATF 141 V 281 peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes : - Catégorie " Degré de gravité fonctionnel " (consid. 4.3) A. Complexe " Atteinte à la santé " (consid. 4.3.1) Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3) B. Complexe " Personnalité " (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2) C. Complexe " Contexte social " (consid. 4.3.3) - Catégorie " Cohérence " (aspects du comportement ; consid. 4.4) Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

A/3236/2019 - 32/42 - d. L'administration et le juge vérifient librement si l'expert médical a observé les conditions normatives déterminantes concernant les indicateurs susmentionnés, à savoir s'il 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). e. L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid. 2.1).

9. a. 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). b. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). c. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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 importe que

A/3236/2019 - 33/42 - les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). d. 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). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre

lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, 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). 10. a. En l'espèce, l'intimé est, à tout le moins de facto, entré en matière sur la nouvelle demande de prestations AI déposée le 20 novembre 2018 par la recourante. Il a donc traité l'affaire au fond et vérifié si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assurée était réellement intervenue.

A/3236/2019 - 34/42 - Il convient dès lors d'examiner, en application de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI et par analogie avec l'art. 17 LPGA, si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente de l'intéressée vu ses conclusions de recours, s'est produit entre la dernière décision entrée en force, du 25 novembre 2016, qui a été confirmée le 21 décembre 2017 par l'ATAS/1176/2017 puis le 15 juin 2018 par l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_109/2018, d'une part, et la décision présentement querellée du 4 juillet 2019, d'autre part, en d'autres termes si des faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés – par une aggravation – au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision. b. Dans le cadre de la première procédure tranchée par la décision du 25 novembre 2016 entrée en force, le refus de toutes prestations AI dès le 1er mars 2015 en raison d'une capacité de travail pleine avec une baisse de rendement de 25 % dans toute activité, a été fondé sur les diagnostics posés par les experts du CEMed dans leur rapport du 22 janvier 2016 et admis par le SMR, à savoir, à titre de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen avec syndrome somatique (F33), depuis plus de dix ans, et, à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, notamment des céphalées tensionnelles/psychogènes sans substrat somatique objectivable, une anémie d'origine indéterminée, un syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4) depuis 2012 et une accentuation de certains traits de personnalité (Z73.1), à savoir des traits de personnalité anxieuse. Dans le cadre de la seconde procédure, entamée par la nouvelle demande AI du 20 novembre 2018, sont ressorties des précisions et évolutions relatives à l'anémie, rapportées par la Dresse L_____. Parallèlement, ont été posés par la Dresse R_____, au plan psychique, les diagnostics, avec effets sur la capacité de travail, de personnalité dépendante (F60.7), ESPT (F41.1), modification durable de la personnalité après des expériences répétitives de traumatismes (F62.0), phobie sociale, trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, en plus – toujours selon ladite psychiatre – des diagnostics au plan somatique de status post opératoire de trois anévrismes cérébraux en 2013 avec séquelles douloureuses (allodynie de l'hémicrâne gauche) et syndrome douloureux chronique de la tête (hémisphère gauche ; F45.4), enfin migraines compliquées (G433). c. Il sied tout d'abord de relever qu'une incapacité totale de travail dans toute activité a été retenue par la plupart des médecins consultés en ambulatoire par l'assurée après la décision de l'OAI du 25 novembre 2016, à savoir par les Drs C_____ et F_____ qui ont fait état d'une absence de modification du degré d'incapacité de travail depuis cette décision avant laquelle ils avaient déjà attesté une incapacité totale, ainsi que par les Dresses V_____, L_____ et R_____.

A/3236/2019 - 35/42 - d. Pour ce qui concerne ensuite la vie quotidienne, qui entre en ligne de compte notamment dans l'examen du caractère invalidant ou non des troubles psychiques – en particulier expression des éléments pertinents pour le diagnostic dans le complexe « atteinte à la santé », complexe « Contexte social » et catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; ATF 141 V 281 consid. 2.2.1, 4.3.1.1, 4.3.3, 4.4) –, elle a été décrite ainsi par le rapport des experts du CEMed du 22 janvier 2016, dans le cadre de la première procédure AI : la recourante gardait alors une vie assez structurée, se levant tôt, vers 6h00, et allant se coucher au plus tard vers 22h00 ; elle restait le plus souvent à la maison, s'activait comme elle pouvait, marchant tous les jours, parvenant parfois à prendre le bus pour se promener dans la nature, regardant un peu la TV mais ne lisant quasiment plus, et ne supportant pas le bruit ni toute forme d'agitation ; elle s'occupait du ménage avec l'aide de son mari et faisait les courses avec lui ; elle fréquentait ses sœurs et quelques amies. Dans le cadre de la seconde procédure AI, la Dresse R_____ a, le 1er mars 2019, fait état d'un champ de ses activités sociales passablement rétréci, avec notamment des cauchemars la nuit qui la réveillaient souvent, vers 5h00, des trajets à l'extérieur perçus comme très stressants, en raison des bruits et de la présence des autres personnes. Il ressort des déclarations faites par cette psychiatre et l'assurée lors de l'audience du 23 juin 2020 que celle-ci, les jours où elle n'a pas de migraines, prend un café et s'occupe un peu d'elle-même, sort un peu dans la nature, regarde la télévision, lit quand elle peut, gère ses tâches ménagères dans son appartement plus petit que du temps de la vie commune avec son époux, a besoin d'aide pour les tâches administratives, reçoit souvent sa sœur et de temps en temps son fils ; en revanche, lorsqu'elle souffre de migraines, deux à trois nuits et/ou jours par semaine en moyenne, elle ne bouge pas. D'après le témoignage de la Dresse F_____ lors de la même audience, il n'y a pas eu d'amélioration ou d'aggravation dans la vie quotidienne de l'intéressée (relation amicale, loisirs, etc.). Enfin, d'après les rapports du centre de la douleur des HUG du 20 mai et 28 octobre 2019, l'assurée est allée – à tout le moins une fois – dans son pays d'origine, reste active malgré les douleurs, sort régulièrement les après-midis, aime se promener, passant parfois une journée entière dans la nature, et aussi aller voir sa sœur et faire de la broderie au point de croix. De ces descriptions et appréciations différentes de la vie quotidienne de la recourante découlent des divergences, en particulier quant à la question de savoir s'il y a eu une éventuelle péjoration après la décision du 25 novembre 2016 et la première procédure AI, notamment entre la Dresse F_____, qui suit actuellement la patiente à raison d'une fois par mois en moyenne, et la Dresse R_____, qui la reçoit une fois par semaine. Néanmoins, apparaît nouvelle la circonstance, énoncée par l'intéressée et la Dresse R_____, consistant en ce que, lorsqu'elle souffre de migraines, deux à trois nuits et/ou jours par semaine en moyenne, l'assurée n'accomplit aucune activité ou occupation. Quoi qu'il en soit, il n'est en l'état pas nécessaire d'établir définitivement, au degré de la vraisemblance prépondérante,

A/3236/2019 - 36/42 - s'il y a eu ou non une modification notable de la situation sur ce point, vu les considérants qui suivent. e. Il découle de l'ensemble des différents avis médicaux que les céphalées dont souffre l'intéressée sont demeurées résistantes aux traitements mais néanmoins stables depuis l'opération de novembre 2018, le fait qu'elles soient considérées comme entièrement incapacitantes par les Dresses V_____ et L_____ ne changeant rien à la stabilité de leur intensité. Une même stabilité ressort du dossier relativement au syndrome douloureux. Pour ce qui est du trouble dépressif récurrent, il a été considéré comme sévère par la Dresse F_____ à tout le moins depuis l'automne 2016, puis moyen depuis la séparation de la recourante d'avec son mari à fin juillet 2018 grâce à la

cessation de l'angoisse quotidienne liée à la vie commune, alors qu'ont été retenus un épisode actuel léger à moyen par les experts du CEMed le 22 janvier 2016 et, au contraire, sévère par la Dresse R_____ encore au 1er mars 2019. Au surplus, la Dresse F_____ estimerait, depuis la séparation, l'amélioration à 30 % de l'état psychique de la patiente, tout en relevant une réactivation des traumatismes des dix années de mariage, « certaines choses » détruites en elle ainsi qu'une modification de la personnalité depuis plusieurs années, apparemment 2010 (année suivant la dixième année de mariage). En conséquence, en l'état actuel des données de l'instruction et au regard notamment de la divergence d'appréciation entre les deux psychiatres traitantes, il n'est pas établi si le trouble dépressif récurrent a fait l'objet ou non d'une évolution significative, que ce soit vers une amélioration ou une péjoration. f. Concernant l'anémie dont souffre l'assurée, à teneur d'un rapport du 2 septembre 2019 de la Dresse L_____, la situation sur ce point s'est aggravée en 2018 avec une anémie bien plus prononcée jusqu'à 85 g/l d'hémoglobine et des signes de dysplasie au niveau médullaire ; il s'agit selon elle d'un syndrome myélodysplasique actuellement de bon pronostic, mais nécessitant un minimum de l'érythropoïétine pour éviter toute transfusion pour le moment et pouvant s'aggraver dans le futur, voire se transformer en leucémie aigüe. Selon les explications fournies par cette oncohématologue lors de l'audience du 23 juin 2020, la recourante a une anémie réfractaire de base à 95 g/l, ce qui serait important. Après une injection d'EPO, elle est à 115 g/l entre une semaine et dix jours et elle va alors mieux avec moins de fatigue, mais ensuite ce taux descend progressivement jusqu'à 95 g/l, et à ce moment-là elle est beaucoup plus fatiguée ; c'est afin de monter ce taux à 115 g/l que la patiente prend des EPO une fois par mois, voire une fois toutes les trois semaines si elle est particulièrement fatiguée ; ainsi, elle a toujours un taux d'hémoglobine inférieur à la normale (entre 120 et 140 g/l d'hémoglobine pour une femme) et reste donc anémique. Toujours d'après les déclarations faites par la Dresse L_____ lors de cette même audience, l'anémie de l'intéressée, même si elle est traitée, entraîne une fatigue non importante mais qui s'ajoute aux fatigues liées aux céphalées, et la rend plus

A/3236/2019 - 37/42 - irritable, sans participer aux causes de la dépression. Depuis deux ans, soit depuis 2018, l'oncohématologue constate que la patiente va moins bien qu'auparavant dans le sens où elle a plus de maux de tête et est plus fatiguée. L'anémie seule rend difficile, mais non impossible, des tâches ménagères, des courses, des tâches administratives. Dans le cadre d'un travail, même au taux de 115 g/l, l'assurée pourrait tenir trois heures puis devrait se reposer une heure et peut-être travailler encore trois heures, ceci sans tenir compte des céphalées ni de l'état dépressif. Il faut dès lors conclure à une aggravation de l'anémie, sous forme de syndrome myélodysplasique et avec pour effet une plus grande fatigue, depuis le milieu de l'année 2018 approximativement. Contrairement à ce que soutient le SMR dans son avis du 30 juin 2020, qui a admis une dégradation de l'état de santé de l'assurée sur le plan hématologique postérieure à la décision du 4 juillet 2019, ladite péjoration apparaît être survenue en 2018, donc avant la date de l'établissement du rapport du 2 septembre 2019 de la Dresse L_____, l'hémoglobine au maximum à 106 g/l sous érythropoïétine à cette dernière date étant en outre insuffisante, conformément aux explications de cette oncohématologue, dont rien ne permet à ce stade d'écarter le caractère objectif et probant. Il s'agit d'une pathologie nouvelle par rapport à la première procédure AI, qui entraîne ou augmente la fatigue de l'intéressée dans l'ensemble de ses activités et est donc susceptible de baisser le taux de rendement et/ou de capacité de travail, toutefois dans une mesure limitée. g. S'agissant des diagnostics d'ESPT et de modification durable de la personnalité, la Dresse R_____ a, dans un rapport du 21 janvier 2020, estimé que sa

formation en psychotraumatologie, dans la méthode EMDR et en hypnose médicale, de même que plusieurs tests et échelles d'évaluation lui permettent de retenir la réactivation d'un ESPT, laquelle est d'après elle plus handicapante que la modification durable de la personnalité et remonte probablement à une période entre 2016 et 2017, date de l'agression devant le supermarché. D'après le fils de la patiente que la Dresse R_____ a rencontré en janvier 2019, celle-là a présenté un changement progressif de personnalité à la suite de l'agression devant le supermarché, avec en particulier une attitude paranoïaque. Ladite psychiatre a indiqué pouvoir seulement constater sa personnalité actuelle, présentant des traits d'une rigidité extrême, un fond paranoïaque, des attitudes très défensives, un retrait social, un isolement et de grandes difficultés de concentration et de mémoire, de même qu'un certain détachement. Selon les déclarations faites par la Dresse R_____ à l'audience du 23 juin 2020, par rapport à la classification comme la CIM-10, il s'agit ici d'un trauma complexe ; c'est au moment de la séparation que les événements abominables du passé (maltraitance comme enfant par ses parents puis adolescente par son frère aîné, qui s'était suicidé, violence et viols commis par son mari) sont ressortis en la patiente, avec des visions et des cauchemars ; l'ESPT est la cause directe de la modification durable de la personnalité ; auparavant, il n'y a pas eu de modification durable de la personnalité dans la mesure où l'intéressée était dissociée, « comme dans un bocal » ; l'ESPT se distingue de l'état dépressif par les

A/3236/2019 - 38/42 - flashes-back, les cauchemars et la modification durable de la personnalité ; sous hypnose, la patiente se sent mieux, mais le reste du temps, elle ne va pas bien ; elle souffre notamment de la procédure AI qu'elle voit comme une non-reconnaissance de son « calvaire » ; avec le temps, elle pourrait aller mieux dans une situation où il n'y aurait aucune exigence de rendement ou d'horaire ; elle n'arrive pas à gérer deux questions ou deux demandes venant en même temps ; elle ne pourrait absolument pas travailler, même dans un poste adapté à temps partiel. Le diagnostic d'ESPT a été admis par les Drs F_____ et C_____ et celui de modification durable de la personnalité également par la Dresse F_____. De l'avis du SMR, l'agression devant le magasin n'est pas une exposition à un événement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique et ne remplit donc pas les critères diagnostiques de la CIM-10 pour être considérée comme le déclencheur d'un ESPT ; les diagnostics de réactivation d'un ESPT et de modification durable de la personnalité ne peuvent pas être posés en même temps ; la symptomatologie décrite par la Dresse R_____ est principalement subjective, sans status psychiatrique spécifique. Cela étant, à teneur de la CIM-10 (version 2008), l'ESPT (F43.1) constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Des facteurs prédisposants, tels que certains traits de personnalité (par exemple compulsive, asthénique) ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution ; ces facteurs ne sont pas toutefois nécessaires ou suffisants pour expliquer la survenue du syndrome. Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants (« flash-backs »), des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable d'anesthésie psychique et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'un hyperéveil neuro-végétatif, avec hypervigilance, état de qui-vive et insomnie, associés

fréquemment à une anxiété, une dépression, ou une idéation suicidaire. La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une modification durable de la personnalité (F62.0). Toujours selon la CIM-10, la modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) est une modification durable de la personnalité, persistant au moins deux ans, à la suite de l'exposition à un facteur de stress catastrophique. Le facteur de stress doit être d'une intensité telle qu'il n'est pas nécessaire de se référer à une vulnérabilité personnelle pour expliquer son effet

A/3236/2019 - 39/42 - profond sur la personnalité. Le trouble se caractérise par une attitude hostile ou méfiante envers le monde, un retrait social, des sentiments de vide ou de désespoir, par l'impression permanente d'être « sous tension » comme si on était constamment menacé et par un détachement. Un ESPT (F43.1) peut précéder ce type de modification de la personnalité. Au vu du contenu de la CIM-10, la pose simultanée des diagnostics d'ESPT et de modification durable de la personnalité soulève prima facie des questions de compatibilité, même en cas de « trauma complexe », mais ne peut en l'état pas être d'emblée exclue. Sur ce point, les explications des Dresses F_____ et R_____ ont été formulées, entre autres lors de l'audience du 23 juin 2020, de manière circonstanciée et avec sérieux, et le C_____, médecin généraliste traitant, est d'accord dans l'ensemble avec elles. Il ressort du dossier que l'agression subie devant le supermarché est antérieure à l'établissement de l'expertise du CEMed du 22 janvier 2016, puisque cette dernière la mentionne. Or, ce n'est qu'à partir de novembre 2018 que le diagnostic d'ESPT a été posé par les Dresses F_____ et R_____. Ce fait n'est toutefois pas de nature à exclure d'emblée la réalité d'un tel diagnostic dans le cas présent. En effet, quelques mois peuvent, selon la CIM-10, séparer l'ESPT de l'événement traumatique, et il ne paraît pas invraisemblable que les conséquences de cet événement aient été « gelées » tant et aussi longtemps que l'assurée a vécu avec son mari dans une situation de maltraitance et de violence sexuelle, dans un état dissociatif latent d'après la Dresse R_____, et qu'après la séparation elle se soit retrouvée « en contact avec elle-même » et connectée à son devenir, activant ainsi un ESPT. En outre, au regard notamment du contexte de nombreux et graves traumatismes vécus dans le passé, avant même ladite agression, il ne peut pas être exclu d'emblée que ce dernier événement ait pu entraîner la survenance d'un ESPT. Enfin, certains des symptômes constatés par les Dresses F_____ et R_____, à savoir les flash-backs et cauchemars apparus après la séparation et dans le cadre d'une activation de l'ESPT, correspondent à ce diagnostic. Entre le début de l'année 2017 et la séparation de la recourante avec son époux à fin juillet 2018, les idées suicidaires ont été de plus en plus présentes selon notamment la Dresse F_____ dans son rapport du 7 mars 2017, qui a fait état d'une récente hospitalisation en psychiatrie pour ce motif ; il s'agit d'un des symptômes pouvant précéder la survenance d'un ESPT d'après la CIM-10, comme l'insomnie relevée dans le rapport de la Dresse F_____ du 5 octobre 2016 de même que l'anxiété dont une aggravation semble prima facie ressortir des rapports établis par les Dresses F_____ et R_____ dès l'automne 2018. Au regard de ce qui précède et au degré de la vraisemblance prépondérante, l'assurée présente, depuis fin juillet 2018, donc après la première procédure AI, un trouble nouveau, correspondant à un ESPT et/ou à une modification durable de la personnalité, ou à d'autres diagnostics liés au vécu d'un traumatisme voire à une

A/3236/2019 - 40/42 - influence de celui-ci sur la personnalité. Ce nouveau trouble est de nature, vu les flash-backs et cauchemars ainsi que les changements à tout le moins dans les traits de personnalité, en particulier un fond paranoïaque, des attitudes très défensives, un retrait social, un isolement, de grandes difficultés de concentration et de mémoire et un certain détachement qu'il induit, de causer un amoindrissement des facultés (notamment aux plans comportemental et mental) utiles et nécessaires dans un cadre professionnel. h. En résumé, quand bien même leurs effets sur les activités de la vie quotidienne de la recourante ne sont en l'état pas établis, le syndrome myélodysplasique, cause d'un problème d'anémie non négligeable, de même que l'ESPT, la modification durable de la personnalité et/ou d'autres diagnostics liés au vécu d'un traumatisme voire à une influence de celui-ci sur la personnalité constituent un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, entre la première décision, du 25 novembre 2016, entrée en force et la décision du 4 juillet 2019 présentement litigieuse. Cette conclusion est d'autant plus justifiée que l'écart entre la baisse de rendement de 25 % admise dans le cadre de la première procédure AI et un degré d'invalidité de 40 % donnant droit à un quart de rente n'est pas élevé (cf. ATF 133 V 545 consid. 6). 11. En conséquence, le recours sera partiellement admis et la décision querellée sera annulée. Conformément à la jurisprudence citée plus haut, un renvoi à l'administration reste possible quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici. En l'occurrence, l'intimé s'étant contenté jusqu'à présent dans la seconde procédure AI de recevoir des rapports des médecins traitants et d'en critiquer les conclusions via le SMR et ayant ainsi laissé l'évolution médicale très peu instruite, la cause lui sera renvoyée pour instruction approfondie de la situation médicale de la recourante et de son évolution, puis nouvelle décision. Etant donné que les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité devra être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (cf. ATF 141 V 9 ; 117 V 198 consid. 4b), en d'autres termes sous tous ses aspects factuels et juridiques, sans que des évaluations antérieures, à savoir celle effectuées et confirmées dans le cadre de la première procédure AI, ne revêtent un caractère obligatoire (cf. Margit MOSER-SZELESS, in Commentaire romand, LPGA, 2018, n. 27 ad art. 17 LPGA). Il incombera à l'OAI de mettre en œuvre une expertise multidisciplinaire, portant sur les aspects somatiques et psychiques. Il est essentiel que les experts examinent tous les troubles, notamment l'anémie et les troubles liés au vécu d'un traumatisme voire à une influence de celui-ci sur la personnalité, ainsi que leurs imbrications

A/3236/2019 - 41/42 - entre eux et leurs effets sur la capacité de travail de l'assurée, d'une manière qui, vu le caractère particulièrement complexe et difficile à mesurer de l'état de santé de l'assurée, soit approfondie et nuancée. 12. La recourante obtenant gain de cause et étant assistée d'un conseil, elle a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 3'000.- (art. 61 let. g LPGA). Un émolument de CHF 400.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

A/3236/2019 - 42/42 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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