

GE_GERICHTE ATAS/1078/2017 vom 4. Dezember 2017

GE Cour de justice, 2017-12-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1078_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/1078/2017 du 4 décembre 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/1078/2017 del 4 dicembre 2017

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

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

E. 3

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents qui remontent au 19 mai 2011, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5ème révision et la révision 6a de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 4

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Déposé le 19 septembre 2016 contre la décision litigieuse du 1er juillet 2016, reçue par la recourante le 19 août 2016, le recours a été interjeté en temps utile, étant par ailleurs relevé que le délai de recours, expirant en l'occurrence le dimanche 18 septembre 2016, était reporté au lundi 19 septembre 2016 (art. 38 al. 3 LPGA).

A/3134/2016 - 18/29 - Le recours satisfait, en outre, aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

E. 5

Le litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à une rente d'invalidité.

E. 6

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

E. 7

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. 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; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n. U 237 p. 36 consid. 3b). 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 I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 8

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que

l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi

A/3134/2016 - 19/29 - objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral 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. 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). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral I.237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). Le Tribunal fédéral fait généralement preuve de réserve avant de reconnaître le caractère invalidant d'un trouble de la lignée dépressive. Il a notamment précisé récemment que les troubles légers et moyens de la lignée dépressive, qu'ils soient récurrents ou épisodiques, ne peuvent être considérés comme des atteintes à la santé à caractère invalidant que dans les situations où ils se révèlent résistants aux traitements pratiqués, soit lorsque l'ensemble des thérapies (ambulatoires et stationnaires) médicalement indiquées et réalisées selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré, ont échoué. Ce n'est que dans cette hypothèse – rare, car il est admis que les dépressions sont en règle générale accessibles à un traitement – qu'il est possible de procéder à une appréciation de l'exigibilité sur une base objectivée, conformément aux exigences normatives fixées à l'art. 7 al. 2, 2ème phrase LPGA (ATF 140 V 193 consid. 3.3 p. 197 et les références; voir également arrêts du Tribunal fédéral 9C_146/2015 du 19 janvier 2016 consid. 3.2 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Cette jurisprudence a pour corollaire qu'une évaluation médicale portant sur le caractère invalidant de troubles de la lignée dépressive doit reposer non seulement sur un diagnostic constaté selon les règles de l'art, mais également sur une description précise du processus thérapeutique (y compris le traitement pharmacologique) et sur une évaluation détaillée de l'influence d'éventuels facteurs psychosociaux et socioculturels sur l'évolution et l'appréciation du tableau clinique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 4.2).

E. 9

a. Les atteintes à la santé pertinentes au sens de l'AI peuvent être des atteintes à la santé physique, mentale ou psychique, y compris psychosomatique. Cette dernière catégorie d'atteintes comporte les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable (autrement appelées « troubles somatoformes douloureux »)

A/3134/2016 - 20/29 - et d'autres affections psychosomatiques assimilées (cf. ATAS/1010/2016 du 6 décembre 2016 consid. 7b). Ce diagnostic présuppose en effet une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble selon le clinicien ([CIM-10], ad F45.40; voir

également ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 p. 285) (arrêt du Tribunal fédéral 9C_533/2016 du 27 octobre 2016 consid. 4.2). b. 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. 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). c. Dans un arrêt de principe du 12 mars 2004 (ATF 130 V 352), le Tribunal fédéral avait posé la présomption que les affections psychosomatiques pouvaient être surmontées par un effort de volonté raisonnablement exigible, si bien que les personnes concernées n'avaient en règle générale aucun droit à une rente de l'assurance-invalidité. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Au premier plan de ces critères figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée; d'autres critères pouvaient tenir à un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, des affections corporelles chroniques, 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, l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, en dépit d'une attitude coopérative de l'assuré. Plus ces critères se manifestaient et imprégnaient les constatations médicales, moins une exigibilité d'un effort de volonté pouvait être admise; à l'inverse, le droit à des prestations d'assurance devait être nié si des limitations d'exercice d'une activité lucrative résultaient d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, comme une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeuraient vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par l'assuré et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent l'expert insensible, et l'allégation d'un lourd handicap malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65; 131 V 49; 130 V 352). d. Selon un nouvel arrêt de principe rendu par le Tribunal fédéral le 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), il n'y a plus de présomption selon laquelle les syndromes du type

A/3134/2016 - 21/29 - 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 (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. Les indicateurs relevant de la « gravité fonctionnelle » représentent l'instrument de base de l'analyse. Il faut s'attacher en premier lieu aux atteintes à la santé. Il s'agit d'examiner les éléments pertinents pour le diagnostic et voir si leur degré de gravité est rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante. Le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers sont des indicateurs importants pour apprécier le degré de gravité de la pathologie. La

comorbidité psychiatrique ne joue plus un rôle prépondérant, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources; il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes; un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, et doit être pris en considération dans l'approche globale. Il faut ensuite accorder une importance accrue au complexe de la personnalité de l'assuré, au développement et à la structure de sa personnalité, à ses fonctions psychiques fondamentales. Il y a lieu également de recenser et évaluer les ressources mobilisables de l'assuré. Les déductions tirées des indicateurs précités doivent ensuite être soumises à un examen de cohérence au regard des indicateurs liés au comportement de l'assuré. Il s'agit d'examiner si l'assuré est limité de manière semblable par sa pathologie dans les divers domaines de sa vie, en particulier dans son activité professionnelle, l'exécution de ses travaux habituels et les autres activités (par exemple les loisirs), si possible en comparant le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé. Il faut aussi s'intéresser à la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou négligés, pour déterminer le poids effectif de la souffrance, en veillant cependant à discerner le cas échéant si un refus ou une mauvaise acceptation d'un traitement recommandé est ou non une conséquence inévitable d'une anosognosie.

E. 10

Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus

A/3134/2016 - 22/29 - (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

E. 11

Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

E. 12

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c

LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge

A/3134/2016 - 23/29 - ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I.514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV N. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou

plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 13

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

A/3134/2016 - 24/29 - 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).

E. 14

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 I.751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 15

a. En l'occurrence, par arrêt du 16 novembre 2015 (ATAS/887/2015), la chambre de céans avait considéré que la décision du 6 février 2015, laquelle reposait sur l'expertise pluridisciplinaire de la PMU du 22 juillet 2014 ainsi que sur l'enquête économique sur le ménage du 8 décembre 2014, devait être annulée et la cause renvoyée à l'intimé afin qu'il mette en œuvre un complément d'expertise auprès de la PMU. À l'appui du renvoi, la chambre de céans avait observé que, si le rapport d'expertise précité avait été établi par des spécialistes des disciplines médicales pertinentes, au terme d'un examen approfondi, en pleine connaissance de l'anamnèse, leur analyse ne tenait pas compte des exigences posées par la nouvelle jurisprudence en cas de troubles somatoformes douloureux, notamment des incidences du trouble dépressif d'intensité moyenne diagnostiqué sur les ressources de la

recourante pour surmonter ses troubles somatoformes douloureux ainsi que de la nouvelle approche selon le complexe de personnalité. Dans le cadre du complément d'expertise, les experts - qui avaient noté que la situation, vu le relativement jeune âge de la recourante, devrait être revue dans les dix-huit mois à deux ans environ - étaient invités à faire le point de la situation même si le délai initialement préconisé n'était pas encore atteint.

A/3134/2016 - 25/29 - b. Il ressort du complément d'expertise du 23 février 2016 que le seul diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail de la recourante est l'épisode dépressif d'intensité moyenne avec des troubles neuropsychologiques. Le trouble somatoforme douloureux persistant était au second plan et n'avait, à lui seul, pas de répercussion sur la capacité de travail. c. Il convient de déterminer si, ainsi que le relèvent les experts, le trouble somatoforme douloureux est non-incapacitant au regard des nouveaux critères jurisprudentiels. c/aa. S'agissant de l'atteinte à la santé, le diagnostic de trouble somatoforme, diagnostiqué par les experts, est admis par les parties (voir avis du SMR des 7 octobre 2014 et 12 avril 2016). En ce qui concerne le traitement, la recourante prenait un antidépresseur (Paroxétine), prescrit par son médecin traitant, et avait observé une légère atténuation des symptômes dépressifs. Elle avait toutefois dû arrêter cette médication en raison d'un problème digestif de type gastrite infectieuse. Dans la mesure où ses capacités d'introspection paraissaient faibles, limitant les chances de succès d'un suivi psychothérapeutique spécialisé, il était compréhensible qu'elle préférât être suivie par son médecin traitant. Dans ce cas, ce dernier pouvait lui prescrire une autre classe d'antidépresseurs pouvant améliorer sa symptomatologie dépressive. Force est ainsi de constater que le trouble psychique peut encore être traité médicalement ; les experts n'ont pas relevé l'échec définitif du traitement. S'agissant des comorbidités – étant spécifié que cet indice ne fait pas l'objet d'un chapitre spécifique – on déduit que les experts relèvent un état dépressif d'intensité moyenne avec des troubles neuropsychologiques (troubles cognitifs avec trouble de la concentration et de la mémoire, fatigabilité, diminution de la résistance au stress). Ces limitations, liées à l'état dépressif, se retrouvaient tant dans son activité professionnelle que dans la tenue du ménage et des loisirs, fortement réduits depuis l'atteinte à la santé. En effet, à l'occasion de l'enquête économique sur le ménage en décembre 2014, la recourante avait affirmé à maintes reprises qu'elle se sentait fatiguée et stressée, depuis son atteinte à la santé, dès qu'elle entreprenait les divers travaux habituels. Cela étant, la recourante ne présentait pas un trouble de la personnalité, et quand bien même ses contacts sociaux étaient décrits comme diminués, ils ne s'étaient pas pour autant effondrés, car l'intéressée jouissait d'un bon encadrement familial et maintenait des relations avec ses voisins. Dans ce contexte, et compte de la possible évolution des symptômes dépressifs avec un (autre) traitement antidépresseur, ses ressources n'apparaissent pas totalement effondrées. c/bb. En ce qui concerne la cohérence, les experts relèvent que les limitations fonctionnelles retenues limitaient la recourante de manière semblable dans son activité professionnelle et dans l'exécution de ses travaux habituels ainsi que dans les loisirs. Les symptômes manifestés avaient pu être objectivés par les tests et l'examen neurophysiologique, de sorte qu'il n'existait aucun argument pour retenir une exagération ou une simulation. En outre, bien qu'elle ait stoppé le traitement

A/3134/2016 - 26/29 - antidépresseur prescrit par son médecin traitant et qu'elle n'ait pas un suivi psychiatrique spécialisé, en raison de ses capacités d'introspection faibles, la recourante consultait à répétition le Dr E_____ chaque année depuis 2011 (cf. rapport dudit médecin du 10 février 2017). Force est ainsi de constater que la recourante n'a

pas adopté un comportement incohérent, pouvant laisser à penser que ses limitations fonctionnelles seraient dues à d'autres raisons que son atteinte à la santé (psychique). c/cc. Au vu de l'ensemble de ces éléments, l'appréciation des experts, selon laquelle le trouble somatoforme douloureux était au second plan et n'avait, en lui seul, pas de répercussion sur la capacité de travail, n'apparaît pas critiquable. En effet, si les experts ont posé ce diagnostic, eu égard au fait que les symptômes somatiques (sensations vertigineuses) n'avaient pas pour origine un déficit organique - les examens neurologiques et ORL étant dans la norme -, ils n'ont pas relevé chez la recourante un sentiment de détresse. Or, le diagnostic de « trouble somatoforme » présuppose un certain degré de gravité. Ils ont, par contre, confirmé dans le complément d'expertise que les limitations neuropsychologiques liées à l'état dépressif étaient principalement à l'origine de l'incapacité de travail, évaluée à 50% dans toute activité. Quant à l'évolution de la capacité de travail dans le temps, les experts renvoient l'intimé à l'expertise du 22 juillet 2014, dans laquelle une réévaluation de la situation avait été préconisée dans le courant 2016. d. Il s'ensuit que les experts ont complété leur expertise uniquement sur la base de l'état de fait existant en 2014. L'intimé n'a donc pas invité les experts, comme relevé dans l'arrêt de renvoi, à procéder à l'actualisation du dossier, alors que du 24 février au 27 août 2015, soit bien avant le complément d'expertise du 23 février 2016, la recourante avait consulté un psychiatre. L'intimé ne leur a pas non plus soumis les rapports des Drs E_____ et J_____ du 27 août 2015. Si, à l'instar du SMR (cf. avis du 11 août 2016), le Dr E_____ n'apporte pas d'élément nouveau, le Dr J_____ a, par contre, noté que la recourante souffrait de troubles du sommeil à type de difficultés d'endormissement et de réveils fréquents associés à des cauchemars, symptôme que les experts n'avaient pas été mentionnés dans le rapport d'expertise. Ainsi, à ce stade, on ne saurait suivre le SMR lorsqu'il écrit que le Dr J_____, qui considérait que la capacité de travail de sa patiente était nulle, parvenait à une appréciation différente de celle du Dr K_____ quant à la capacité de travail, alors que l'état de santé de la recourante était demeuré le même. Si, en 2014, les experts, après une analyse détaillée, convaincante, et exempte de contradictions, estimaient que la capacité de travail était nulle du 19 mai 2011 au 31 décembre 2012, puis de 50% depuis le 1er janvier 2013 dans toute activité en raison du trouble psychiatrique, - évaluation au demeurant confirmée dans le complément d'expertise - on ignore depuis quand la capacité de travail serait à nouveau nulle selon le Dr J_____, celui-ci n'ayant pas fourni de précisions à cet égard.

A/3134/2016 - 27/29 - e. Sur le vu de ce qui précède, la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer sur la capacité de travail de la recourante, et partant sur son degré d'invalidité. Il se justifie par conséquent de renvoyer le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise psychiatrique auprès du Dr K_____, lequel a déjà connaissance du dossier de la recourante. L'expert devra prendre connaissance du dossier, y compris des rapports des médecins traitants du 27 août 2015, examiner et entendre la recourante, prendre tous renseignements utiles auprès des médecins ayant traité cette dernière, avant de rendre un rapport détaillé et motivé, clarifiant notamment l'évolution de la capacité de travail de la recourante depuis janvier 2013 dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée (en précisant en quoi pourrait consister celle-ci). Si l'expert pose, à nouveau, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, il devra effectuer son analyse à l'aune des indicateurs déterminants développés par la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux. Enfin, on ajoutera qu'une expertise sur le volet somatique n'est pas indispensable pour un double motif. D'une part,

les experts avaient mis en exergue que l'examen neurologique et ORL était normal sans évidence d'une pathologie vestibulaire organique expliquant les vertiges chroniques, de sorte que la capacité de travail, sur le plan somatique strict, était entière dès janvier 2013 dans toute activité. D'autre part, postérieurement à l'expertise, dans son rapport du 27 août 2015, le Dr E_____ n'a pas relevé d'élément nouveau pouvant expliquer la symptomatologie persistante, et son appréciation selon laquelle les affections dont souffre la recourante - lesquelles sont identiques à celles prises en compte par les experts - conduiraient à une incapacité de travail prolongée, n'est étayée par aucun examen (ENG, scanner, autre). L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision, après avoir, mis sur pied, le cas échéant, une nouvelle enquête ménagère, dès lors qu'il y a lieu de trancher le cas sur la base de faits dûment actualisés.

E. 16

a. Enfin, dans la mesure où l'invalidité de la recourante, qui a le statut d'une assurée exerçant partiellement une activité lucrative, est évaluée d'après la méthode mixte, ce qui n'est ni contesté ni contestable (cf. arrêt de renvoi : ATAS/887/2015, p. 38), la chambre de céans observe, par économie de procédure - puisque la critique formulée ci-après est indépendante de la capacité de travail qui sera retenue par l'expert - que, s'agissant du calcul du degré d'invalidité dans l'activité professionnelle, l'intimé a, en violation du droit, retenu que le taux d'invalidité s'élevait à 0% dans la sphère professionnelle dès janvier 2013. Outre le fait que la capacité de travail dès cette date a été évaluée à 50% dans toute activité par les experts (et non à 0% comme noté sous la colonne « empêchement »), on comprend des deux tableaux figurant dans la décision du 6 février 2015 (aux conclusions desquelles l'intimé renvoie dans la décision litigieuse) que l'intimé n'a pas appliqué la méthode ordinaire de comparaison de revenus pour déterminer l'invalidité dans l'activité lucrative. En effet, l'intimé a calculé l'invalidité selon la formule

A/3134/2016 - 28/29 - suivante : (part de la sphère professionnelle × empêchement) + (part des travaux habituels × empêchement). Or, le ch. 3101 de la circulaire de l'office fédéral des assurances sociales sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI) prescrit aux organes de l'AI de déterminer le taux d'invalidité comme suit, lorsque la méthode mixte est appliquée: $E \times IE + ([EZ - E] \times H) \text{ -----} = \text{Taux}$ d'invalidité en % EZ E = travail fourni par l'assuré en tant que personne non invalide exerçant une activité lucrative, en heures par semaine IE = handicap rencontré par la personne exerçant une activité lucrative, en % EZ = durée de travail normale des personnes exerçant une activité lucrative à plein temps dans la branche d'activité concernée, en heures par semaine H = handicap rencontré dans le ménage, en % b. Le taux d'invalidité global peut également se déterminer à l'aide de la formule suivante (voir notamment ATF 137 V 334 consid. 7.1) : (% part lucrative x % invalidité) + (% part ménagère x % handicap). c. En retenant un empêchement de 0% dans la sphère professionnelle, l'intimé a uniquement tenu compte de l'incapacité de travail dans le calcul. Or, il aurait dû calculer l'incapacité de gain en comparant le revenu que la recourante aurait pu obtenir effectivement dans l'activité effectuée à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé (revenu sans invalidité) au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalide) (ATF 137 V 334 consid. 4.1). C'est en ce sens qu'il faut comprendre la variable IE (arrêt du Tribunal fédéral 9C_34/2016 du 14 septembre 2016 consid. 3.2). Dans la nouvelle décision, l'intimé devra donc prendre en considération les principes susmentionnés pour évaluer l'invalidité de la recourante dans l'activité lucrative.

E. 17

En conséquence, le recours sera partiellement admis, la décision querellée annulée, et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants qui précèdent.

E. 18

La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – RS/GE E 5 10.03]). tant donné que la procédure n'est plus gratuite depuis le 1er juillet 2006 (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- au vu du sort du recours.

A/3134/2016 - 29/29 -

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.