

GE_GERICHTE ATAS/1082/2019 vom 25. November 2019

GE Cour de justice, 2019-11-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1082_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/1082/2019 du 25 novembre 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/1082/2019 del 25 novembre 2019

Erwägungen

E. 20

mg le matin. Aux dires de l'assurée, cette prise en charge était considérée

A/1893/2018 - 3/23 - comme un traitement de soutien et pour le renouvellement de son ordonnance. Il n'y avait pas de projet particulier visé dans le processus thérapeutique. L'expert proposait, au titre des mesures à envisager, un suivi psychothérapeutique avec des rendez-vous plus rapprochés, le maintien d'un setting thérapeutique structuré lui semblant nécessaire pour aider l'assurée à développer ses capacités à mobiliser ses ressources psychologiques. Sur le plan médicamenteux, l'assurée n'ayant pas répondu jusqu'à présent à son traitement antidépresseur, puisqu'elle n'était pas en rémission complète, il serait judicieux de revoir ce traitement dès maintenant, et par exemple, de le changer ou d'associer un autre antidépresseur de classe différente, sachant que le traitement n'avait pas été revu depuis des années et que la clinique restait inchangée. Cette adaptation thérapeutique n'était pas exigible car la CT restait entière. Les facteurs aggravants consistaient en une réticence de la part de l'assurée à reprendre une activité professionnelle et un déconditionnement au travail de plusieurs années. Lors de l'entretien, l'assurée semblait exagérer et augmenter ses symptômes. Il observait que des limitations fonctionnelles de type sentiment d'incapacité avec évitement et peu de motivation, mais sans incidence sur la CT, étaient objectivées. La principale ressource personnelle de l'assurée était sa famille proche qu'elle voit régulièrement. 6. Dans un rapport final subséquent, du 15 janvier 2018, le SMR a considéré que ce rapport d'expertise était pleinement convaincant et répondait aux critères de la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante ; observant qu'en matière d'assurance-invalidité l'état dépressif léger n'avait pas une intensité suffisante pour influencer la CT, il a conclu qu'il n'existait aucune atteinte à la santé au sens de la LAI ; la CT était exigible à 100 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. 7. Par courrier du 30 janvier 2018, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles, rejetant ainsi sa demande. 8. Par courrier recommandé du 12 février 2018, l'assurée a contesté ce projet : elle n'était pas bien parce qu'elle est phobique (peur du monde et peur de sortir de chez elle) ; elle ne supporte pas son image, ne se reconnaît pas, reste cloîtrée plusieurs heures au lit, ne reste debout que quatre heures par jour au maximum ; elle a des douleurs (maux de tête et de ventre) et des vertiges ; quand ses angoisses montent, elle a des hyperventilations. En raison de ses angoisses, elle pleure avant tous ses rendez-vous à l'extérieur et souvent n'en dort pas la nuit ; suite à ces peurs, elle annule fréquemment ses rendez-vous. C'est d'ailleurs pour toutes ces raisons qu'elle est suivie par une psychiatre traitante et une infirmière à domicile (soins en psychiatrie et relation d'aide). Elle demandait donc le réexamen de son dossier, précisant que sa psychiatre ne manquerait pas de communiquer à l'OAI les documents justifiant son état actuel. 9. Dans le délai imparti par l'OAI, et après avoir sollicité la copie du dossier AI

de sa patiente, la psychiatre traitante a adressé un courrier (le 7 mars 2018) à l'OAI. Elle soutient la contestation de sa patiente. Elle y expose les raisons pour lesquelles elle

A/1893/2018 - 4/23 - ne partage pas l'avis de l'expert. En substance, elle reproche à l'expert d'avoir écarté le diagnostic de trouble de personnalité évitante (F60.9 [CIM 10] et 301.82 [DSM V]). La psychiatre traitante considère que ce diagnostic constitue la pathologie centrale de sa patiente. Selon elle, cette dernière en présente tous les critères. Elle indique que sa patiente n'arrive à évoluer dans ses relations que dans un environnement familial, et présente sinon une forte inhibition, l'empêchant de déployer les compétences nécessaires pour la recherche ou le maintien d'un emploi. Elle reproche en outre à l'expert de ne pas tenir compte de la récurrence de l'état dépressif de sa patiente, avec plusieurs épisodes depuis 2011, ce qui constitue selon elle un facteur de vulnérabilité au stress et expose l'intéressée à d'autres récurrences. 10. Dans un avis motivé du 12 avril 2018, le SMR s'est prononcé sur le rapport médical de la psychiatre traitante. Selon lui, l'opinion de l'expert reste valable, l'avis de la psychiatre traitante procédant d'une appréciation différente des mêmes faits. L'expert a analysé l'assurée en relation aux symptômes de la lignée anxieuse ; il constate que l'assurée n'a pas peur des grands magasins, qu'elle arrive à faire ses courses seule et sans difficulté ; il n'y a pas d'évitement des lieux clos, des salles fermées à clé, ascenseurs ou tunnels. Pas de tendance à éviter la foule. Pas d'obsession-compulsion. L'expert considère que l'assurée possède des traits de personnalité évitante, mais ne présente pas d'inhibition sociale, qu'elle a le sentiment de ne pas être à la hauteur et qu'elle évite des activités impliquant des contacts avec autrui. Il considère en outre que l'assurée présente des éléments de tristesse et une baisse de l'estime de soi. Elle présente aussi un sentiment de dévalorisation et des pensées pessimistes par rapport à son avenir. Les éléments, de par leur nature et leur intensité, correspondent à un diagnostic d'épisode dépressif léger, avec syndrome somatique (F32. 01). S'agissant du diagnostic d'anxiété généralisée (personnalité évitante), posé par la psychiatre traitante, l'expert n'a pas trouvé d'éléments ni de symptômes cliniques compatibles. 11. Fort de quoi l'OAI a notifié sa décision de refus de rente d'invalidité à l'assurée, par courrier recommandé du 19 avril 2018. À l'issue de l'instruction de la demande, le SMR avait estimé nécessaire de compléter le dossier par une expertise médicale. Après avoir pris connaissance du rapport d'expertise ainsi que de l'ensemble des éléments versés au dossier, le service médical concluait que l'assurée ne présente pas d'atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité. Après audition, le SMR considère que le rapport médical transmis dans le cadre de celle-ci est une appréciation différente des mêmes faits et n'apporte aucun élément objectif pouvant modifier les conclusions du projet de décision. 12. Le courrier recommandé n'avait pas été retiré, et avait été retourné à l'expéditeur le 4 mai 2019. L'OAI l'a communiqué à l'assurée, par pli du 6 mai 2018, en annexe à une formule de transmission préimprimée à choix multiple (quant au type de communication), en cochant d'une croix la rubrique « pour vos dossiers », et en précisant sous « Remarques » : « Décision du 19 avril 2018 adressée en courrier recommandé et non retiré à la poste. ».

A/1893/2018 - 5/23 - 13. Par courrier du 1er juin 2018, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours, libellé comme suit : « Madame, Monsieur, Je vous avise par la présente que je n'accepte pas votre décision de votre courrier du 6 mai 2018 dans lequel, vous m'informez du maintien de votre refus. Je vous informe que je désire faire recours, car j'estime que l'expertise médicale effectuée est incomplète. En effet, elle ne prend pas en compte la gravité de mon état de santé. Mon médecin, la Dre

C _____, apportera un complément d'information, dès qu'elle aura accès à mon dossier de demande de rente AI. Avec mes salutations les meilleures.

(Signature) » 14. La chambre de céans a procédé à une instruction, sur la question de la recevabilité du recours. 15. En cours d'instruction, la recourante a communiqué à la chambre de céans deux documents supplémentaires émanant de la Dresse C _____ : - une attestation à qui de droit datée du 26 juin 2018 ayant la teneur suivante : « La patiente susmentionnée est suivie à ma consultation depuis le

E. 25

Par courrier du 22 juillet 2019, ayant soumis le nouveau document médical produit au SMR, et se fondant sur l'avis de ce dernier, l'OAI a persisté dans ses conclusions. Il ressort de l'avis du SMR du 19 juillet 2019 que le courriel de la psychiatre traitante du 3 juillet 2019 n'apporte pas d'éléments cliniques objectifs susceptibles de modifier son appréciation. Dans son avis précédent, le SMR mettait en évidence un extrait du bilan neuropsychologique ordonné par la psychiatre traitante, et dont il ressort notamment : « Interrogée sur son quotidien, elle (la patiente) dit ne pas sortir beaucoup, n'en ayant pas envie et n'ayant pas de motivation. Elle s'occupe de son ménage, ne lit pas, passe du temps sur son portable, et reconnaît s'ennuyer un peu. Elle se dit bien entourée par sa famille qu'elle juge même un peu envahissante ». Le SMR observe à cet égard que l'on est en présence d'un manque de motivation de la part de l'assurée et non pas de l'existence d'une comorbidité psychiatrique de type phobie sociale. Par ailleurs, le descriptif de la vie courante (notamment page 4 du rapport d'expertise psychiatrique) permet de retenir une absence de limitations dans les actes courants de la vie. L'assurée dispose des ressources sociales (parents/sœurs) et personnelles préservées et mobilisables. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du

E. 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 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. 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. 3. Par arrêt incident du 17 septembre 2018 (ATAS/806/2018) la chambre de céans a déclaré le recours recevable, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir. 4. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité, en particulier au droit à la rente, voire aux mesures professionnelles. 5. 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'assurée sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la 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

A/1893/2018 - 11/23 - celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 6. 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. 7. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assurée 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). 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'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 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 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2). Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5). Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée

A/1893/2018 - 12/23 - pour les troubles somatoformes douloureux, 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 dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. b. 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). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la

personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes : - Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 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). Le « complexe personnalité » englobe à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : autoperception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des

A/1893/2018 - 13/23 - affects et des impulsions, intentionnalité et motivation ; ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). 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. 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. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une telle évaluation si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va notamment ainsi lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable, ou si l'existence d'une incapacité de travail est niée de manière convaincante par un avis médical spécialisé ayant pleine valeur probante et que les éventuels avis contraires peuvent être écartés faute de pouvoir se voir conférer une telle valeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). 9. Ces indicateurs sont classés comme suit : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3). A. Axe « atteinte à la santé » 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la

pathogénèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1). 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

A/1893/2018 - 14/23 - Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assurée est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assurée d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2). 3. Comorbidités La comorbidité psychique ne 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'assurée de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2). C. Axe « contexte social »

A/1893/2018 - 15/23 - Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assurée peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3). II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assurée (consid. 4.4). A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité

professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation. La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2 ; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine). d. La reconnaissance de l'existence desdits troubles 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). Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont

A/1893/2018 - 16/23 - été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2). L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs mentionnés, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2). Ceci dit, selon cette jurisprudence, du point de vue du droit intertemporel, il faut procéder par analogie à l'ATF 137 V 210 (en ce qui concerne les exigences de l'État de droit en matière d'expertise médicale). Selon cet arrêt, les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve. Il est même décisif dans le cadre d'un examen global d'un cas particulier avec ses spécificités et les griefs invoqués de savoir si une prise en compte définitive d'éléments de preuve existants résiste devant le droit fédéral (ATF op. cit., consid. 6 in initio, p. 266).

Dans l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et / ou juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire. (ATF 141 V 281 consid.8). 10. 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 (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a). 11. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que

A/1893/2018 - 17/23 - lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible. En particulier, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1). 12. a. 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 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). b. 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 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).

A/1893/2018 - 18/23 - 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. c. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet 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 ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). e. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 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). f. 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

A/1893/2018 - 19/23 - du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

13. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels que, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

14. 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). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ;

A/1893/2018 - 20/23 - ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 a Cst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d). 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). 15. En l'espèce, la décision de l'OAI du 19 avril 2018, rejetant la demande de prestations de l'assurée, est fondée sur le rapport d'expertise psychiatrique ainsi que sur l'ensemble des éléments versés au dossier, le service médical ayant conclu à la pleine valeur probante du rapport d'expertise, estimant que l'avis du psychiatre traitant n'était pas susceptible de remettre en cause les conclusions de l'expert. La recourante, notamment par le truchement de sa psychiatre traitante, conteste l'appréciation de l'expert qui, suivi par le SMR et par l'OAI, considère que la CT de l'assurée est totale (100 %), dans toutes activités correspondant à ses capacités et à son niveau d'instruction. Il y a dès lors lieu d'examiner si, comme le soutient l'intimé et son service médical, de déterminer si l'on peut accorder au rapport d'expertise psychiatrique une pleine valeur probante, selon les exigences de la jurisprudence rappelée ci-dessus, et notamment de déterminer si l'expert, s'étant prononcé avant que le Tribunal fédéral étende la jurisprudence applicable aux TSD et troubles associés (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) dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris pour les troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1).

A/1893/2018 - 21/23 - La chambre de céans considère que l'expertise du Dr E_____, médecin indépendant de l'intimé et spécialiste reconnu, peut se voir reconnaître à la forme une pleine valeur probante. Conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus, cette expertise se base sur des observations approfondies et des investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, l'expert aboutissant à des résultats convaincants. Il est en particulier fondé sur une anamnèse détaillée, qui prend en compte les plaintes de la patiente, un examen clinique détaillé, aboutissant à un diagnostic précis, celui d'épisode dépressif léger, avec syndrome somatique (F32.01). Il y est parvenu au terme de constatations objectives lors de son examen, après avoir également pris en considération les avis médicaux versés au dossier, soit en particulier ceux de la psychiatre traitante. Cette dernière retenait le diagnostic d'anxiété généralisée, diagnostic que l'expert a expressément écarté, considérant qu'en intégrant l'ensemble du tableau clinique de l'examen du jour, il ne retenait pas de symptômes cliniques en lien avec une quelconque forme de peur ou d'anxiété, comme par exemple l'attente craintive pouvant se manifester notamment par des troubles neurovégétatifs, décrits, et qu'il n'a pas constatés. On observera également que, sous l'angle de la jurisprudence prescrivant désormais une procédure d'établissement des faits structurée, on retrouve dans le rapport d'expertise, ceci quand bien même la nomenclature adoptée par l'expert ne reprend pas l'énumération des indicateurs sous la même forme que celle décrite ci-dessus, tous les éléments nécessaires permettant de se forger une opinion et aboutir à des conclusions valables. Au niveau du complexe « contexte social », l'expert a notamment retenu, dans la description des activités quotidiennes, que l'intéressée accomplit sans difficulté son ménage et gère son administration, garde un contact avec son entourage, en recevant régulièrement ses sœurs, qui lui rendent visite plusieurs fois par semaine ; elle va également rendre visite à ses parents, et va quotidiennement sur Internet notamment sur les réseaux sociaux. Ses ressources sont donc

préservées, et l'on peut attendre d'elle qu'elle consacre les efforts nécessaires à les mettre en valeur pour reprendre une activité professionnelle entière dans toutes activités selon les conclusions de l'expert. Ce dernier a relevé que l'expertisée n'a pas d'attente particulière dans le processus thérapeutique autre qu'un soutien psychologique et la prescription de son traitement médicamenteux qu'elle suit sans modification depuis 2015. En revanche, ses attentes par rapport à l'assurance-invalidité sont le versement d'une rente complète - l'expert a retenu que les mesures envisagées consisteraient tout d'abord à instaurer un suivi psychothérapeutique avec des rendez-vous plus rapprochés, le maintien d'un setting thérapeutique structuré lui semble nécessaire pour aider l'assurée à développer ses capacités à mobiliser ses ressources psychologiques. Il serait également judicieux, selon lui, de revoir le traitement médicamenteux. Dans la mesure où la CT reste entière, l'expert observe que si ces mesures sont recommandées dès la date de son rapport, elles ne sont pas exigibles. Il relève enfin que les facteurs aggravants consistent en une réticence de la part de l'assurée à reprendre une activité professionnelle et un déconditionnement au travail de plusieurs années. Il indiquait

A/1893/2018 - 22/23 - en outre et pour conclure que lors de l'entretien l'assurée semble exagérer et augmenter ses symptômes. Ainsi, on retiendra une pleine valeur probante au rapport d'expertise. S'agissant des critiques de ce rapport par la psychiatre traitante, tant dans le cadre de l'audition que par la suite encore dans le cadre de la procédure de recours, elles ne sauraient emporter la conviction. La psychiatre n'apporte aucun élément vérifiable objectivement, susceptible de susciter un doute quant à la fiabilité des conclusions de l'expert. Elle se fonde surtout sur le point de vue subjectif de la patiente, et il convient à cet égard d'avoir à l'esprit la différence constamment rappelée par la jurisprudence entre le mandat thérapeutique caractérisé par le rapport de confiance existant entre le patient et son thérapeute, dont on n'attend pas un regard objectif comme celui de l'expert. Les nombreux diagnostics qu'elle énonce dans ses rapports successifs, en cours de procédure judiciaire, n'apporte pas non plus d'éléments objectifs convaincants. Les observations du SMR, à qui les nouveaux documents médicaux produits en cours de procédure, ont régulièrement été soumis, apparaissent, à l'inverse, cohérentes et convaincantes. Pour la plupart, de ces diagnostics, le SMR observe qu'ils procèdent d'une appréciation différente des mêmes faits, qui ne remet pas non plus en cause les conclusions de l'expert. Il est enfin rappelé, selon la jurisprudence, que la chambre de céans doit, dans la règle, apprécier les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision entreprise. Ainsi, à supposer, car cela n'est pas démontré, que la situation de la recourante se soit aggravée en cours de procédure judiciaire, il lui appartiendrait alors de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'intimé. La chambre de céans considère dès lors que rien ne justifie de donner suite aux conclusions de la recourante tendant à ce que soit ordonnée une nouvelle expertise psychiatrique, référence étant faite à la jurisprudence citée précédemment à cet égard. Au vu de ce qui précède, la décision entreprise était pleinement justifiée, de sorte qu'elle doit être maintenue. 16. Le recours sera donc rejeté. 17. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

A/1893/2018 - 23/23 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant

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