

GE_GERICHTE ATAS/1167/2018 vom 17. Dezember 2018

GE Cour de justice, 2018-12-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1167_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/1167/2018 du 17 décembre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/1167/2018 del 17 dicembre 2018

Erwägungen

E. 36

La recourante a produit sa réplique le 17 mai 2017. Après avoir pris note que l'intimé admettait que la décision querellée était une décision de refus et non une décision de non-entrée en matière, elle a considéré que, contrairement à l'avis du SMR, les documents médicaux qu'elle a produits ne mettaient pas en évidence « essentiellement des aspects subjectifs ». A l'appui de ses dires, elle produisait notamment un rapport d'IRM lombosacrée, datant du 19 avril 2017, expliquant objectivement les raisons des lombosciatalgies. Par ailleurs, elle était dans l'attente d'un bypass et avait pris 35kg entre 2012 et 2017, ce qui aggravait encore les atteintes à la santé au niveau du dos et des genoux. Enfin, les troubles somatoformes douloureux devaient être examinés eu égard aux nouveaux critères en la matière. Dans tous les cas, elle sollicitait préalablement l'audition du docteur O_____, généraliste, qui avait repris le suivi, ainsi que celle du Dr N_____ et concluait à la réalisation d'une expertise rhumatologique et psychiatrique. En annexe figurait le compte-rendu de l'IRM lombosacrée réalisée le 19 avril 2017, évoquant une rectitude de la lordose lombaire, avec lombarthrose prédominant des trois derniers segments lombaires et débords discaux circonférentiels, une attitude scoliotique sinistro-convexe modérée. Un débord discal circonférentiel avec protrusion discale extraforaminale droite visible en L3-L4 venait au contact de la racine L3 droite. Un rétrécissement foraminaux bilatéral prédominant à gauche, avec hernie discale protrusive et extraforaminale, visible en L4-L5 venait en conflit avec la racine L4 gauche. A cet étage se trouvait une diminution récessale bilatérale prédominant du côté gauche dans le cadre de la luxation modérée du débord discal, en conflit avec la racine L5 gauche. Enfin, une surcharge facettaire L4-L5 et L5-S1 avec en L5-S1 une protrusion discale médiale était visualisée.

E. 37

Le 9 juin 2017, l'intimé a soumis l'IRM précitée à son SMR qui a considéré, dans un avis du 30 mai 2017, joint, que l'IRM montrait une évolution dégénérative normale des différentes atteintes déjà connues, sans pouvoir préjuger des conséquences physiques éventuelles (la clinique n'étant pas corrélée aux images). Cela ne permettait ainsi pas de justifier une aggravation de l'état de santé ou des nouvelles images cliniques. Par ailleurs, l'OAI s'opposait à une nouvelle expertise.

E. 38

Une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue le 26 février 2018. Entendue à cette occasion, la recourante a notamment expliqué que depuis novembre 2016, elle avait toujours des douleurs et souffrait des mêmes problèmes : elle pouvait ni marcher ni travailler, elle avait des problèmes respiratoires et portait un appareil pendant la nuit. Elle ressentait immédiatement des douleurs lorsqu'elle voulait faire la vaisselle. Il lui arrivait de

se sentir bien pendant un jour, puis elle se sentait de nouveau très mal. Elle ne comprenait pas pourquoi l'intimé lui demandait autant de renseignements alors que tout le monde savait que depuis qu'elle était malade, elle ne pouvait plus rien faire. Les opérations chirurgicales envisagées

A/358/2017 - 12/24 - (bypass gastrique et opération du genou) ne pouvaient être effectuées pour le moment, en raison de ses problèmes de thrombose et des nombreux médicaments qu'elle prenait. Sur le plan psychique, elle était toujours suivie par le Dr N_____, qui lui fixait des rendez-vous à une fréquence variable : tous les quinze jours ou tous les mois, en fonction de son état. Elle consultait également le Dr O_____ depuis 2014, sauf erreur, mais elle n'était pas sûre de la date exacte. Quant à l'intimé, il a expliqué qu'il n'avait pas instruit la question du trouble somatoforme douloureux, respectivement de la fibromyalgie en fonction des indicateurs issus de la jurisprudence du Tribunal fédéral du 3 juin 2015, dès lors qu'il considérait qu'il n'y avait pas eu d'aggravation de l'état de santé de la recourante, raison pour laquelle il avait estimé qu'il était inutile de poursuivre l'instruction médicale de ce dossier.

E. 39

Par courrier du 12 avril 2018, la recourante a encore transmis un rapport du Dr O_____ du 4 avril 2018, dont il ressort qu'il la suivait depuis le 1er novembre 2016 et qu'il retenait les diagnostics de rachialgie, lombosciatalgie gauche, coxalgie, polyarthrose, fibromyalgie avec notion de hémisyndrome gauche, probable rupture du moyen fessier à droite, canal carpien des deux côtés, non opéré, canal cervical étroit détecté en 2008, état anxio-dépressif, obésité avec un BMI à 50, syndrome d'apnées du sommeil appareillé par une CPAP, foramen ovale perméable non fermé, thrombophilie avec mutation de facteur G20210A en état hétérozygote. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de lever ou port de lourde charge, pas de position debout/porte à faux de longue durée, pas de marche de plus de 100m avec le déambulateur. La capacité de travail était entière.

E. 40

Le Dr N_____ a été entendu le 23 avril 2018. A cette occasion, il a notamment expliqué qu'il avait repris le suivi de la recourante début novembre 2016, en raison d'une absence prolongée du Dr G_____, qui exerçait dans les mêmes locaux, mais qui, pour diverses raisons, avait interrompu son activité depuis environ une année au moment. Des collègues et lui-même avaient décidé de reprendre les patients du Dr G_____ au fur et à mesure des demandes formulées par les intéressés. Dans les faits, les patients demandaient un rendez-vous avec le Dr G_____ et à ce moment-là, l'un ou l'autre collègue fixait un rendez-vous avec l'intéressé. Dans le cas d'espèce, la recourante avait pris contact à travers son interprète environ quatre semaines avant que le Dr N_____ ne la rencontre au début du mois de novembre. Lorsqu'il avait reçu la recourante pour la première fois, elle était très mal et présentait notamment un état d'anxiété généralisée, un état de crise de panique avec blocage de la respiration et une difficulté totale à s'organiser. Même si des facteurs somatiques (asthme, surpoids, apnée du sommeil, etc.) venaient expliquer ce blocage, l'anxiété s'y surajoutait en majorant les effets. L'état dans lequel il avait trouvé la recourante en novembre 2016 était sans doute largement influencé par le fait que la Dresse I_____ ne répondait plus à ses demandes depuis le mois de septembre 2016, et qu'une situation similaire, même plus ancienne encore, se retrouvait du côté du Dr G_____. L'état psychique, même s'il était réactionnel, ne

A/358/2017 - 13/24 - faisait toutefois que s'ajouter au reste. Le rejet de la demande de prestations AI avait sans doute une influence mais cela allait beaucoup plus loin, puisqu'il n'était pas seulement question de rejet de la demande de prestations, mais également de refus de prestations médicales. En effet, par exemple, l'opération du bypass qu'on lui avait promise, et qui était l'aboutissement d'un processus extrêmement compliqué, fait d'investigations multidisciplinaires sur une certaine durée (deux ans environ), avait dû être déplacée. La personnalité anankastique pouvait être définie comme une personnalité obsessionnelle compulsive. Les critères pour poser ce diagnostic étaient très liés à l'anxiété, la personne se préoccupant de tout, cherchant à avoir le contrôle sur tout, le sentiment d'être en permanence dans le désordre, et ainsi recherchant le refuge dans l'ordre et la discipline, pour se rassurer, en recherchant en quelque sorte la sécurité, suivant une anxiété sans objet. La recourante avait eu des périodes de stabilité affective et personnelle lorsqu'elle pouvait avoir un contrôle, mais lorsque la situation se déstabilisait, elle en perdait la maîtrise et elle pouvait devenir projective (accuser les gens, les critiquer) et vivre ainsi une anxiété sans objet. Il avait pu identifier ces indices en discutant avec la patiente. Pour prendre un exemple, lorsqu'était évoqué un problème administratif, comme fixer un rendez-vous de médecin, elle donnait le sentiment d'être totalement désemparée et décrivait une situation insoluble pour résoudre le problème. Lorsqu'il retenait une incapacité de travail de 100%, il prenait en considération tant l'aspect psychique que les aspects somatiques. En effet, on était en présence d'une interaction des difficultés d'ordre somatique et de la réactivité psychique due à ses difficultés somatiques. Lorsqu'il avait pris en charge la patiente, en novembre 2016, on était dans un tout autre registre que celui apparemment retenu dans l'expertise : le degré d'anxiété était et est toujours total et son emprise sur l'incapacité psychique de la patiente était complète. Par la suite, il y avait certainement eu des périodes d'amélioration, mais le fond était toujours le même. Il ne retenait pas le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, dès lors qu'il rattachait l'état de la recourante à une problématique directement psychiatrique, soit un trouble de la personnalité avec une composante anxieuse très importante, permettant de parler d'anxiété généralisée, trouble et crise de panique, et état dépressif récurrent, qui était passé de majeur à fin 2016, à moyen dans le courant 2017 et qui était à nouveau majeur. Quant à la recourante, elle a assuré qu'elle avait continué à prendre ses médicaments pendant la période sans suivi. Au vu de l'absence prolongée du Dr G _____, elle avait demandé un rendez-vous d'urgence. Elle avait téléphoné plusieurs fois et s'était même présentée à plusieurs reprises au cabinet pour essayer de rencontrer le médecin, avant que finalement elle puisse obtenir un rendez-vous avec son psychiatre traitant actuel.

A/358/2017 - 14/24 -

E. 41

Par courrier du 28 mai 2018, l'intimé a transmis à la chambre de céans l'avis de son SMR, du 18 mai 2018, portant sur les rapports du Dr O _____ du 4 avril 2018 et du Dr N _____ du 16 février 2017 et son audition du 23 avril 2018. Se fondant sur les conclusions du SMR, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Dans l'avis précité, le SMR a considéré que le Dr O _____ ne faisait que reprendre les différentes atteintes, sans se positionner sur leurs conséquences et sans se prononcer sur leur sévérité. Il n'apportait ainsi aucune information quant à une éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante. Quant au Dr N _____, il reprenait les éléments fournis par le Dr G _____, notamment dans son rapport du 5 octobre 2015, dans lequel il retenait déjà un épisode dépressif sévère et une

personnalité anankastique ainsi qu'une incapacité de travail totale depuis 2007, en contradiction avec la précédente décision. Quant au Dr N_____, il retenait également l'année 2007 comme date de dégradation et ne fournissait pas non plus d'élément objectif permettant de justifier cette évaluation et de retenir une aggravation. Son audition n'apportait pas non plus les éléments manquants. Par conséquent, il convenait de s'en tenir aux précédentes conclusions.

E. 42

Par courrier du 11 juillet 2018, la recourante a considéré que l'aggravation de son état de santé avait été suffisamment documentée et qu'elle aurait justifié de la part de l'OAI la reprise de l'instruction du dossier avant qu'il ne rende la décision de refus de prestation. Par conséquent, elle persistait dans ses conclusions.

E. 43

Pour sa part, l'intimé a persisté dans ses conclusions par courrier du 18 juillet 2018.

E. 44

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) 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. 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). 3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al.

A/358/2017 - 15/24 - 4 let. c LPGA), le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10). 4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'existence d'une aggravation de son état de santé entre 2011, année de la dernière décision reposant sur un examen matériel de la situation, et 2017, année au cours de laquelle la décision querellée a été rendue, et sur le calcul du degré d'invalidité. 5. a. Lorsque la rente d'invalidité a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI ; RS 831.201]). Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au

moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a ; 109 V 114 consid. 2a et b). b. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

A/358/2017 - 16/24 - Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). 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). 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 et art. 28 al. 2 LAI). 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 ; Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8). 8. a. 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

A/358/2017 - 17/24 - 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). b. 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. b/aa. 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). b/bb. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de

A/358/2017 - 18/24 - doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêts 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). b/cc. À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

9. a. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPG) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPG). b. 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). c. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La jurisprudence du Tribunal fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013). Un renvoi à l'administration reste également possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à

A/358/2017 - 19/24 - 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. A titre liminaire, il y a lieu de préciser que dans leurs écritures respectives, les parties ont considéré que la décision querellée devait être qualifiée de décision de refus de prestations et non de refus d'entrer en matière. Vu la position concordante des parties, la chambre de céans n'examinera pas la qualification de la décision. b. Se fondant sur l'expertise réalisée par les Drs D_____, E_____ et F_____, le 9 décembre 2012, la chambre de céans a confirmé la décision du 2 décembre 2009, par arrêt du 8 novembre 2013. A teneur du rapport précité, les diagnostics étaient alors les suivants : syndrome

douloureux somatoforme persistant (F45.4), épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F32.00), incontinence urinaire mixte discrète (N39.4), status après embolisation de fistule durale artério-veineuse du sinus latéral gauche en 2001 (Q 28.2), méniscope et chondromalacie débutante rotulienne du genou gauche (M23.2 et M22.4), spondylodiscarthrose sans myélopathie ni radiculopathie (M47.8), lésions dégénératives plantaires sur troubles statiques et après ostéonécrose aseptique du 2ème métatarsien à gauche (M19.8), obésité (E66.9), polyneuropathie modérée, axonale, essentiellement sensitive (G62.9), déconditionnement (/72.3), status après thrombose veineuse profonde proximale étendue du membre inférieur gauche compliquée d'une embolie pulmonaire et de septicémie sur surinfection locale du thrombus en janvier 2011 (I82.9) et mutation hétérozygote du facteur II (D68.9). En substance, sur le plan somatique, les experts n'ont pas constaté d'altération significative de l'état de santé de la recourante depuis les précédentes expertises réalisées. Sur le plan psychique, le syndrome douloureux somatoforme persistant et l'épisode dépressif léger, sans syndrome somatique, entraînaient certaines limitations, lesquelles interféraient de 30% dans toutes les activités. En d'autres termes, dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 70%. La chambre de céans s'était écartée de cette expertise, considérant que la capacité de travail était entière, les experts n'ayant pas appliqué les critères jurisprudentiels en matière de trouble somatoforme douloureux. Le 8 septembre 2014, la recourante a déposé une nouvelle demande de prestations en raison de douleurs au dos et aux jambes, thrombose, absence de force dans les mains, vertiges notamment. En cours d'instruction et de procédure, elle a produit plusieurs rapports de ses médecins traitants, essentiellement des Drs G _____ et I _____ ainsi que plusieurs comptes-rendus et autres rapports médicaux. En substance, les atteintes ressortant notamment de ces pièces sont les suivantes : discopathie L3-L4 et L4-L5, protrusion discale circonférentielle provoquant un rétrécissement canalaire modéré au niveau L4-L5 et moindre au niveau L3-L4, ces atteintes venant au contact ou conflit avec la racine L3 droite et les racines L4 et L5 gauche ; arthrose postérieure et protrusion discale L5-S1 à droite, ces atteintes étant résumées par la Dresse I _____ sous les termes « cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne cervico-dorso-lombaire et sur

A/358/2017 - 20/24 - discopathies étagées au niveau lombaire » et par les termes « lombalgies aiguës sur probable instabilité lombaire – arthrose interapophysaire postérieure » ; douleurs des deux avant-pieds dans un contexte de troubles statiques, de troubles dégénératifs et d'un status après nécrose aseptique de la tête du 2ème métatarsien à gauche ; signes de gonarthrose du compartiment interne du genou droit avec lésions de grade III de la corne postérieure du ménisque interne des deux genoux, chondromalacie modérée de grade II du genou droit ; trouble dépressif récurrent, épisodes qualifiés de moyen à sévère selon les périodes, avec symptômes psychotiques. Ces pièces ont été soumises au SMR qui a établi des avis à quatre reprises, en dates des 26 mai 2015, 29 janvier, 14 juillet et 12 décembre 2016. c/aa. Cela étant précisé, il s'agit de déterminer si, au vu des pièces du dossier, l'intimé a, à juste titre, rejeté la demande de prestations de la recourante au motif que l'aggravation n'avait pas été établie. Pour ce faire, il convient d'examiner la valeur probante des rapports au dossier. A l'appui de sa nouvelle demande, la recourante a produit plusieurs rapports de ses médecins traitants, établis sur les formulaires-types pour la plupart. Si ces pièces ont à l'évidence permis de rendre plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante, elles ne sont pas suffisantes pour confirmer l'existence, au degré de la vraisemblance prépondérante, de cette aggravation faute de respecter les critères

jurisprudentiels en matière de valeur probante. En effet, dans ses écrits, le Dr G_____ renvoie à plusieurs reprises à ses précédents rapports, lesquels ont été établis antérieurement à l'expertise judiciaire et dans lesquels il a posé des diagnostics qui n'ont pas été retenus par les experts. Au vu de la terminologie employée dans ses rapports, le médecin précité procède selon toute vraisemblance à une appréciation différente d'un même état de faits, ce qui ne permet pas de conclure à une aggravation de l'état de santé de la recourante. Quant aux rapports de la Dresse I_____, ils ne contiennent pas d'anamnèse, de description des constatations cliniques ou encore de conclusions non motivées, notamment s'agissant de la capacité de travail. Il en va de même du rapport du Dr O_____ du 4 avril 2018 produit en cours de procédure. Au dossier figure également un rapport du Dr N_____ du 16 février 2017, dans lequel ce médecin évoque un état dépressif péjoré, une forte dégradation de ses capacités de résilience, de gestion des émotions et de son environnement, une progressive dégradation psychique depuis environ deux ans. Il a également mentionné un tableau psychologique clinique sérieux avec une anxiété généralisée avec des crises d'anxiété paroxystiques, diagnostic évoqué pour la première fois. Toutefois, le rapport produit ne comporte aucune anamnèse, ni aucune description des plaintes de la recourante. On ne sait pas si le Dr N_____, comme son confrère le Dr G_____, a procédé à une constatation différente d'un même état de faits ou si, suite à des fluctuations, certains diagnostics retenus rejoignent désormais ceux

A/358/2017 - 21/24 - du Dr G_____. Si l'audition du Dr N_____ a permis d'apporter certaines précisions, elle n'a toutefois pas pallié l'absence de valeur probante de son précédent rapport. Enfin, la recourante a produit de nombreux comptes-rendus d'imagerie, lesquels ne comportent aucune conclusion sur la capacité de travail mais uniquement les constatations cliniques faites lors des examens. En conclusion, si les pièces produites par la recourante sont suffisantes pour rendre plausible l'aggravation de son état de santé, elles ne permettent pas de l'établir au degré de la vraisemblance prépondérante faute de valeur probante. c/bb. Les pièces produites par la recourante ont été soumises au SMR qui a établi plusieurs avis, lesquels constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) ayant 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. Force est de constater, en premier lieu, que dans ses avis du 26 mai 2015 et 29 janvier 2016, le SMR a retenu une atteinte – un anévrisme – qui n'a jamais été diagnostiquée chez la recourante. Il l'admet d'ailleurs dans son avis du 14 juillet 2016. Dans ces rapports, le service précité requiert uniquement des documents supplémentaires. Par conséquent, les avis des 26 mai 2015 et 29 janvier 2016 ne sauraient être pris en considération pour se prononcer sur une éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante. Dans son avis du 14 juillet 2016, le SMR résume brièvement les rapports du Dr G_____ des 5 octobre 2015 et 4 juillet 2016, relevant que ce médecin a considéré qu'il n'y avait pas de changement notable à relever et qu'il convenait de se référer aux rapports de 2009, 2014 et 2015. Le SMR résume également brièvement un rapport de la Dresse I_____, dont il ne précise pas la date. Dans la mesure où il évoque une incapacité de travail depuis mai 2014, le SMR se réfère à l'évidence au rapport de la Dresse I_____ du 30 juin 2015. Il en conclut que les atteintes évoquées ont déjà été prises en considération lors de l'expertise judiciaire du 9 décembre 2012 et qu'« une aggravation n'est pas mise en évidence sur la base des éléments mis à notre disposition et n'est pas susceptible de changer l'avis précédent ». On ne sait toutefois pas à quel avis le SMR fait référence, ce qui est d'autant plus problématique que les deux avis précédents établis dans la procédure

administrative ouverte suite au dépôt de la nouvelle demande se prononcent uniquement sur une aggravation de l'état de santé de la recourante en lien avec une atteinte dont elle ne souffre pas. De plus, cet avis ne prend pas en considération toutes les pièces médicales apportées au dossier et notamment l'avis de la Dresse I_____ du 20 décembre 2015, dans lequel elle fait état d'une aggravation. Bien plus, le SMR ne semble pas non plus avoir examiné les nombreux comptes-rendus d'IRM, de radiographies, CT-Scan, etc. reçus par l'OAI le 8 octobre 2014, lesquels

A/358/2017 - 22/24 - sont le cas échéant susceptibles d'établir une aggravation objective de l'état de santé de la recourante. Enfin, la décision querellée se fonde également sur un avis du 12 décembre 2016, dans lequel le SMR a notamment considéré que si la Dresse I_____ évoquait certes, dans ses rapports successifs, une aggravation psychique et somatique, elle retenait essentiellement des aspects subjectifs et une aggravation de l'obésité, non pertinente, pour laquelle un bypass était envisagé. Le SMR ne précise toutefois pas en quoi consistent les aspects subjectifs. Par ailleurs, s'il est vrai que l'obésité en soi n'est pas constitutive d'invalidité, celle-ci doit toutefois être admise, selon la jurisprudence, si l'excédent de poids a provoqué une atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble de la santé et qu'ainsi, la capacité de gain est sensiblement réduite et ne peut être augmentée de façon importante par des mesures raisonnablement exigibles (arrêt du Tribunal fédéral 9C_48/2009 consid. 2.3 ; voir également RCC 1984 p. 359 consid. 3). Enfin, dans ce même avis, le SMR commente trois des documents médicaux produits par la recourante mais il fait totalement abstraction des trois autres et notamment du rapport de consultation rhumatologique, dans lequel le diagnostic de fibromyalgie a été évoqué. En cours de procédure, le SMR a encore rendu un avis en date du 30 mai 2017, relatif au compte-rendu de l'IRM lombo-sacrée du 19 avril 2017. Après avoir résumé les constatations cliniques des radiologues, le SMR a considéré que l'IRM lombaire en question montrait une évolution dégénérative normale des différentes atteintes déjà connues, sans pouvoir préjuger des conséquences physiques éventuelles et que cela ne permettait pas de justifier d'une aggravation de l'état de santé ou de nouvelles limitations cliniques. La chambre de céans ne saurait suivre le SMR sur ce point. En effet, il y a une aggravation de l'état de santé non seulement lorsque de nouvelles atteintes apparaissent mais également lorsque des atteintes déjà existantes évoluent de manière négative, même si cela correspond à une évolution dégénérative « normale ». Or, force est de constater que sur l'IRM en question, datant du 19 avril 2017, les radiologues ont évoqué des atteintes dégénératives en conflit avec les racines L3 et L4. Cela semble correspondre à une aggravation objective, dès lors que dans leur rapport du 9 décembre 2012, les experts ont expressément exclu toute radiculopathie ou, en d'autres termes, toute atteinte à une racine. Certes, le rapport d'IRM ne comporte pas de conclusions sur la capacité de travail. Cela étant, il permet, le cas échéant, d'objectiver certaines plaintes de la recourante. Dans de telles conditions, les conclusions du SMR ne sauraient pas non plus être suivies par la chambre de céans. d. Il découle de ce qui précède que la chambre de céans n'est pas en mesure d'apprécier les répercussions de l'aggravation de l'atteinte et des limitations fonctionnelles sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée et, par conséquent, de déterminer le degré d'invalidité en résultant. En effet, le dossier

A/358/2017 - 23/24 - soumis à la chambre de céans ne comporte aucune appréciation disposant d'une valeur probante suffisante. Dans la mesure où l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande, il lui appartenait, en vertu de son devoir d'instruire d'office,

d'examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et de s'assurer que l'aggravation rendue vraisemblable par l'assurée était effectivement survenue. Cette instruction n'a à l'évidence pas été effectuée à satisfaction de droit, ce que l'intimé a au demeurant admis lors de la comparution personnelle des parties, au cours de laquelle il a expliqué qu'il n'avait notamment pas instruit la question de la fibromyalgie, au regard des critères nouvellement admis par la jurisprudence. En pareilles circonstances, il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences administratives, de sorte que le dossier sera renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire sur la question de l'aggravation de l'état de santé de la recourante et ses répercussions sur la capacité de travail dans une activité adaptée. 11. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 13 décembre 2016 sera annulée. La cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- 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 - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/358/2017 - 24/24 - 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.