

GE_GERICHTE ATAS/1284/2020 vom 22. Dezember 2020

GE Cour de justice, 2020-12-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1284_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/1284/2020 du 22 décembre 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/1284/2020 del 22 dicembre 2020

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), 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.

A/3818/2019 - 15/29 -

E. 2

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 3

Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à rejeter la troisième demande de prestations de la recourante. Concrètement, le litige concerne l'existence d'une aggravation de l'état de santé de la recourante entre novembre 2015 (rejet de la deuxième demande de prestations) et septembre 2019 (rejet de la troisième demande de prestations).

E. 4

a. Lorsque la rente d'invalidité a été refusée parce que le degré d'invalidité est 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/3818/2019 - 16/29 - c. 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).

E. 4.3

; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

A/3818/2019 - 22/29 - b. 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, 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). En d'autres termes, dans chaque cas d'invalidité, il doit y avoir un diagnostic médical pertinent d'après lequel, à dire de spécialiste, la capacité de travail (et de gain) est diminuée de manière importante. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels sont au premier plan dans 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. En effet, il ne suffit pas que le tableau clinique indique qu'il y a diminution de la capacité de travail et que celle-ci a sa source dans des facteurs socioculturels, mais encore faut-il qu'il prenne en compte le diagnostic médical sur

le plan psychiatrique, par exemple qu'il fasse clairement la différence entre l'humeur dépressive dont se plaint l'assuré et l'état dépressif au sens médical ou qui lui est assimilable. Si le diagnostic médical retient une atteinte à la santé psychique entraînant une diminution de la capacité de travail (et de gain), les facteurs socioculturels sont relégués à l'arrière-plan. Tel n'est pas le cas, en revanche, quand l'expert admet que le diagnostic médical ne suffit pas pour expliquer l'incapacité de travail, imputable essentiellement aux difficultés psychosociales ou socioculturelles de l'assuré (VSI 2000 p. 155 consid. 3).

E. 5

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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). Pour qu'il y ait ainsi incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA, l'assuré doit ne pas pouvoir surmonter, objectivement, par ses propres efforts, les répercussions négatives de ses problèmes de santé sur sa capacité de gain. En d'autres termes, ce n'est qu'à partir du moment où l'effort n'est plus réalisable, faute d'être exigible, que la question de l'incapacité de gain se pose (Susana MESTRE CARVALHO, Exigibilité - La question des ressources mobilisables, in RSAS 2019, p. 60). 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).

E. 6

Pour évaluer le taux d'invalidité, il faut déterminer quelle méthode appliquer en fonction du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir s'il s'agit d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou d'un assuré non actif. Cet examen conduit à appliquer respectivement la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI ; ATF 137 V 334 consid. 3.1). L'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 137 V 334 consid. 3.2). Pour déterminer, voire circonscrire, le champ d'activité probable de l'assuré s'il était demeuré valide, il faut tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications

A/3818/2019 - 17/29 - professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels, étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). La volonté hypothétique de l'assuré doit être prise en considération ; son établissement soulève toutefois la difficulté qu'elle constitue un fait interne, qui ne saurait être considéré comme établi par la seule déclaration de l'assuré qu'à défaut d'atteinte à la santé il aurait exercé une activité lucrative à tel ou tel taux ; il faut qu'il puisse se déduire d'indices extérieurs (arrêt

du Tribunal fédéral des assurances I 693/06 du 20 décembre 2006 consid. 4.1 ; ATAS/1125/2017 du 11 décembre 2017 consid. 8). La tâche d'éduquer et soigner de jeunes enfants peut certes expliquer qu'un des parents réduise son taux d'activité professionnelle, dans la perspective de le rehausser une fois que les enfants n'auraient plus le même besoin de présence et disponibilité de leurs parents à domicile. Aussi le fait que les enfants atteignent, par l'écoulement du temps, un certain degré d'autonomie constitue-t-il un indice que le parent ayant réduit son taux d'activité professionnelle, voire ayant renoncé à exercer une activité professionnelle, en (re)prendrait une ou augmenterait son taux d'activité s'il n'était devenu invalide dans l'intervalle. Il ne suffit cependant pas à lui seul à rendre vraisemblable une telle (re)prise d'activité ou augmentation de taux d'activité. Il ne s'agit pas d'un fait d'expérience si ancré dans les mœurs qu'une simple déclaration d'intention associée à l'avancement en âge des enfants dispenserait de la nécessité d'en étayer la vraisemblance par des indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 693/06 du 20 décembre 2006 consid. 4.1).

E. 7

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 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

A/3818/2019 - 18/29 - b. Selon la Classification statistique internationale des Maladies et Problème de Santé connexes (CIM-10), le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques F68.0 est retenu en présence de « symptômes physiques compatibles avec - et initialement dus à - un trouble, une maladie ou une incapacité physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient. Le sujet réagit habituellement par un sentiment de détresse à la douleur ou à l'incapacité et redoute, parfois à juste titre, une persistance ou une aggravation de son incapacité ou de sa douleur ». Le clinicien se trouve en présence d'« arguments déterminants en faveur d'une cause psychologique qui explique les symptômes excessifs (par exemple crainte manifeste d'un handicap ou de la mort, compensation financière possible, déception relative à la qualité des soins médicaux) ». Ce dernier diagnostic est assimilé à celui de névrose de compensation employé fréquemment jusqu'au milieu des années 90 (Pierre-André FAUCHÈRE, Douleur somatoforme, 2007, p. 141 s.). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral applicable jusqu'en 2018, les assurances sociales ne couvraient pas les conséquences de la névrose de revendication (ou de compensation) classée sous chiffre F68.0 de la CIM-10 (ATF 104 V

31 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 189/01 du 11 septembre 2001 consid. 4b ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances C-2768/2008 du 13 octobre 2009 consid. 8.1). Pour le Tribunal fédéral, l'assuré atteint de ce type de névrose ne parvenait pas à sortir du rôle d'invalidé, qu'il justifiait par une infirmité inexistante ou dont il exagérait les effets. Ses mobiles - inconscients - pouvaient être, par exemple, le désir de s'enrichir par des prestations d'assurance, de porter préjudice à une société qu'il rejetait, de laisser libre cours à sa paresse, de se venger de l'auteur de l'accident, etc. Contrairement au simulateur, qui se faisait une juste représentation de la réalité, il en était venu à croire à ses maux imaginaires et à les ressentir vraiment. Il s'agissait donc bien d'une véritable névrose, mais dont l'assurance sociale ne pouvait, sous peine de provoquer des abus insupportables, couvrir les conséquences (ATF 104 V 31 consid. 2b). c/aa. La fibromyalgie est une affection rhumatismale reconnue par l'Organisation mondiale de la santé [OMS] (CIM-10: M79.0), caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo-articulaire et s'accompagne généralement d'une constellation de perturbations essentiellement subjectives (tels que fatigue, troubles du sommeil, sentiment de détresse, céphalées, manifestations digestives et urinaires d'allure fonctionnelle). Comme la fibromyalgie ne peut guère, étant donné son étiologie incertaine, être rangée dans la catégorie des atteintes à la santé psychiques ou psychosomatiques, ou encore dans celle des atteintes à la santé organiques, il se dégage une tendance générale parmi les auteurs d'admettre une combinaison de ces deux éléments, avec cependant une prépondérance des facteurs psychosomatiques. À ce jour, le Tribunal fédéral n'a cependant pas pris position sur cette controverse médicale (ATF 132 V 65 consid. 3.2 et 3.3).

A/3818/2019 - 19/29 - c/bb Enfin, en cas de syndrome douloureux somatoforme persistant ou trouble somatoforme douloureux persistant (F45.5 CIM-10), la plainte essentielle concerne 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. Le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de son entourage et des médecins. c/cc. En ce qui concerne la question de l'appréciation de la capacité de travail d'une personne atteinte de fibromyalgie, il faut admettre que l'on se trouve dans une situation comparable à celle de l'assuré souffrant d'un trouble somatoforme douloureux. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des points communs. Tout d'abord, on peut constater que leurs manifestations cliniques sont pour l'essentiel similaires (plaintes douloureuses diffuses). C'est d'ailleurs la raison pour laquelle il n'est pas rare de voir certains médecins poser indistinctement l'un ou l'autre diagnostic ou assimiler la fibromyalgie au trouble somatoforme douloureux. Ensuite, dans l'un comme dans l'autre cas, il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées. Cela rend la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé. En particulier, un diagnostic de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Certains auteurs déclarent du reste que la plupart des patients atteints de fibromyalgie ne se trouvent pas notablement limités dans leurs activités. Eu égard à ces caractéristiques communes et en l'état actuel des connaissances, il se justifie donc, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes

douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1). d. 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 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Par ailleurs, quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants - que la mise en

A/3818/2019 - 20/29 - valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part. On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.2).

E. 8

a. Les troubles d'ordre psychosomatique ou syndromes sans pathogénèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique, tels que la fibromyalgie ou le trouble somatoforme douloureux, sont difficilement objectivables et il n'est pas évident d'identifier ce qui est raisonnablement exigible de l'assuré et s'il a les ressources nécessaires pour fournir l'effort requis. b. Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références). Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de 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, de 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 psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

A/3818/2019 - 21/29 - c. L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence). d. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1),

E. 9

a. Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, 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 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 incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence). Il y a lieu de se fonder 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). - 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).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid.

E. 10

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 un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4

et les références).

A/3818/2019 - 23/29 - 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 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. A 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 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. b/aa. 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). 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 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 (arrêt 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).

E. 11

a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de

A/3818/2019 - 24/29 - vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). b. 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).

E. 12

a. En l'espèce, la recourante a déposé trois demandes de prestations : ■ Le 11 juin 2008, la recourante a saisi l'intimé d'une première demande. L'examen effectué par le SMR a montré des lombalgies chroniques persistantes (M51.3) dans le cadre de troubles dégénératifs étagés (discopathies L3-L4 et L4-L5 et arthrose inter-apophysaire postérieure aux mêmes niveaux), ainsi que d'autres atteintes non incapacitantes. Les atteintes au niveau de la colonne lombaire entraînaient un certain nombre de limitations fonctionnelles mais la capacité de travail était entière dans une activité adaptée. L'enquête ménagère a, pour sa part, montré une invalidité de 23%. Par décision du 21 septembre 2009, l'OAI a rappelé que la recourante, dont le statut était mixte (50% active – 50% ménage), était capable de travailler dans une activité adaptée et que l'enquête ménagère avait montré une invalidité de 23% dans les travaux habituels. Dans ces conditions, l'invalidité globale, calculée conformément à la méthode mixte, était de 12%, ce qui était insuffisant pour donner droit à une rente.

A/3818/2019 - 25/29 - Les recours interjetés contre cette décision ont été rejetés tant par la chambre de céans que par le Tribunal fédéral. ■ Le 24 octobre 2013, la recourante a saisi l'OAI d'une deuxième demande de prestations. L'examen réalisé par les Drs I_____ et J_____, médecins auprès du SMR, a toujours montré des lombalgies chroniques non déficitaires dans le cadre d'une discopathie protrusive L2-L3 et L3-L4, d'une arthrose légère des articulations postérieures (M54.5) ainsi que des atteintes non incapacitantes (gonalgies bilatérales dans le cadre d'une chondropathie de grade II du compartiment fémoro-tibial interne et d'une dégénérescence méniscale interne à droite et à gauche ; épisode récurrent de répression réactionnelle en rémission complète). La capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles évoquées par les médecins du SMR. Par décision du 30 novembre 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations du 24 octobre 2013, au motif que l'état de santé de la recourante ne s'était pas détérioré de manière notable, cette dernière pouvant toujours travailler à plein temps et rendement dans une activité adaptée. ■ Le 25 octobre 2016, la recourante a saisi l'OAI d'une troisième demande. L'expertise administrative confiée aux médecins du CEMED a mis en évidence une discopathie lombaire basse étagée, une atteinte débutante dégénérative

des genoux, un trouble affectif bipolaire, un épisode actuel de dépression légère ou moyenne, une hypertension artérielle, un diabète de type II et un syndrome d'apnées du sommeil appareillé. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée à compter du 18 juillet 2017. L'OAI a partiellement donné suite à cette troisième demande, en ce sens qu'il a mis la recourante au bénéfice d'une rente limitée dans le temps, pour la période du 1er avril au 30 septembre 2017, en raison d'un trouble psychique incapacitant jusqu'au mois de juillet 2017. b. La recourante conclut à une modification de la situation depuis le mois de novembre 2015 sur deux aspects : elle devait désormais être considérée comme une personne active et son état de santé psychique était toujours incapacitant. b/aa. S'agissant tout d'abord du statut, la recourante prétend que sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100%, ses enfants ayant quitté le domicile familial et son mari ne travaillant pas. Pour sa part, l'intimé considère qu'on ne peut retenir que la recourante aurait augmenté son temps de travail en l'absence de démarches dans ce sens. Force est de constater qu'au jour de la décision querellée, la recourante, analphabète et sans formation ou qualifications professionnelles, était âgée de 52 ans. Contrairement à la situation qui prévalait lors de la première enquête

A/3818/2019 - 26/29 - ménagère, en 2009, son époux avait perdu son travail et les revenus du couple provenaient désormais de l'hospice général. Même s'il n'est en temps normal pas dans l'ordre des choses qu'une personne de 52 ans, inactive depuis plusieurs années, augmente son activité professionnelle à 100% simplement suite au départ de ses enfants, la situation est autre lorsque, comme dans le cas d'espèce, le conjoint est sans emploi et que le couple est aidé financièrement par l'hospice général. Dans un tel cas, il paraît en effet plausible que sans son atteinte à la santé, la recourante aurait augmenté son temps de travail, à un taux vraisemblablement compris entre 80% et 100%. Cette question peut toutefois être laissée ouverte en l'état, étant donné que le recours doit quoi qu'il en soit être admis pour d'autres motifs. b/bb. Afin de déterminer si l'état de santé de la recourante s'est aggravé depuis 2015, l'OAI a mandaté le CEMEDEX pour expertise. Les médecins de cet organisme ont établi leur rapport en date du 4 janvier 2019. Il convient donc de se prononcer sur la valeur probante dudit rapport et de ses annexes. Force est de constater que les rapports précités remplissent prima facie, sur le plan formel, la majorité des exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante de tels documents. En effet, ils contiennent le résumé du dossier, les indications subjectives de la recourante, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas. Divers reproches peuvent toutefois être formulés à l'encontre de ces rapports. - En premier lieu, les diagnostics de fibromyalgie et de douleur somatoforme ont été évoqués à plusieurs reprises par les médecins traitants (cf. rapport de la Dresse K_____ du 27 janvier 2017, rapport du début du mois de février de la Dresse D_____, qui a indiqué que les 18 triggers points étaient positifs et rapport de la Dresse D_____ du 4 juillet 2017). Pourtant, ni l'expert-rhumatologue ni l'expert-psychiatre ne semblent avoir pris en considération ces diagnostics. Si le Dr O_____ a très brièvement évoqué le syndrome douloureux somatoforme, en expliquant qu'il rejoignait les constatations du rapport du 14 septembre 2015 sur le sujet, sans autres précisions, le Dr P_____ n'a pas testé les 18 triggers points. - Ensuite, le Dr P_____ n'a à aucun moment motivé le diagnostic de trouble affectif bipolaire retenu. Ce diagnostic étant posé pour la première fois dans l'expertise du CEMED alors que la Dresse I_____ et la Dresse K_____ ont toujours évoqué un trouble dépressif récurrent, une discussion sur les diagnostics en question s'imposait. En effet, selon la sous-catégorie F33 de la CIM-10, le trouble dépressif récurrent est notamment caractérisé par la présence, dans

le passé, d'au moins un épisode dépressif, léger, moyen ou sévère, ayant persisté au moins deux semaines et séparé de l'épisode actuel par une période d'au moins deux mois sans perturbation significative de l'humeur. En d'autres termes, il est fait référence au trouble dépressif lorsque plusieurs

A/3818/2019 - 27/29 - épisodes dépressifs surviennent. Ce trouble comporte ainsi une certaine récurrence des symptômes. Dans ces circonstances, on peine à comprendre, sans explications, pour quels motifs le trouble dépressif diagnostiqué chez la recourante tant par la Dresse I_____ que par la Dresse K_____ se serait transformé en un trouble affectif bipolaire. Cela étant, dans tous les cas, le Tribunal fédéral a considéré que les effets contraignants d'une maladie psychique (gravité, risque de rechute) doivent être pris en compte lors de l'appréciation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_953/2008 du 5 octobre 2009). Il s'agissait en l'occurrence d'un assuré souffrant d'une maladie mentale cyclique (trouble bipolaire de type I et syndrome de dépendance à l'alcool et au THC), ce qui lui permettait, dans les périodes d'amélioration, de travailler dans des postes sans responsabilité, n'exigeant pas de continuité, soit des travaux occasionnels. Dès lors que la maladie de l'assuré était insuffisamment sous contrôle, il ne pouvait travailler dans un emploi où la présence continue pendant toute l'année était exigée, parce qu'il devait s'attendre à au moins deux rechutes par année. Le Tribunal fédéral a constaté, dans ce contexte, que les effets contraignants de la maladie psychique du recourant (gravité, risque de rechutes) avaient été pris en compte lors de l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail, fixée à 50% dans une activité moins exigeante que son activité habituelle, taux qui n'était pas contesté par les parties. Dans un arrêt du 3 novembre 2015 (9C_153/2015), le Tribunal fédéral a encore jugé, s'agissant d'une personne souffrant d'un rhumatisme psoriasique, que lorsqu'il s'agissait de déterminer la capacité résiduelle de travail d'une personne atteinte d'une maladie qui évolue par poussées, il convient d'intégrer dans le cadre de la réflexion la question de l'évolution dans le temps de la maladie, soit de tenir compte notamment de la fréquence et de l'intensité des poussées. Il n'est pas suffisant de se fonder sur une évaluation médicale qui ne reflète qu'une image instantanée de la situation; celle-ci doit bien au contraire tracer de manière précise l'évolution - passée et future - de la capacité de travail. L'expert doit se prononcer sur l'évolution chronologique de la pathologie et apprécier, dans une perspective à long terme, le retentissement global que celle-ci a sur la capacité de travail du recourant. Par conséquent, en présence d'un trouble récurrent, qu'il s'agisse d'un trouble dépressif récurrent ou d'un trouble bipolaire, il appartient aux experts de prendre en considération l'évolution passée et future et d'apprécier la capacité de travail de la recourante en prenant en considération cette évolution présumée. Or, cette démarche n'a, de toute évidence, pas été effectuée par le Dr P_____. Par ailleurs, il ressort du rapport de la Dresse K_____ du 29 août 2019 que la situation de la recourante s'est à nouveau aggravée sur le plan psychique depuis avril ou mai 2019, soit après l'examen par les experts mais avant la décision

A/3818/2019 - 28/29 - querellée. Or, cet aspect n'a pas été investigué, l'intimé n'ayant même pas jugé nécessaire de soumettre ce rapport à son SMR. - En troisième lieu, les experts ont mentionné à plusieurs reprises le fait qu'il y avait une importante discordance entre les déclarations de la recourante et les constatations cliniques et radiologiques, voire une majoration lors de l'examen clinique. Pourtant, l'expert psychiatre n'a jamais envisagé l'éventualité d'une majoration des symptômes physiques pour des motifs psychiques, laquelle est référencée sous F68. Compte tenu de ce qui précède, le rapport

d'expertise du 4 janvier 2019 comporte des irrégularités patentes, qui ne permettent pas de lui reconnaître une pleine valeur probante. Vu le caractère lacunaire du rapport et la mention d'une aggravation antérieurement à la décision (cf. rapport de la Dresse K_____ du 29 août 2019), il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé, afin de garantir le respect du principe du double degré de juridiction. Les experts mandatés par l'intimée devront se prononcer sur la présence – ou l'absence – d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux et, en cas de diagnostic dans ce sens, ils devront se prononcer sur la capacité de travail eu égard aux critères énoncés par la jurisprudence. Par ailleurs, ils devront également justifier le diagnostic de trouble affectif bipolaire et s'interroger sur celui de majoration des symptômes physiques pour des motifs psychiques ainsi que sur tout autre diagnostic qui pourrait entrer en considération.

E. 13

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 10 septembre 2019 sera annulée. La recourante, bien qu'obtenant gain de cause, n'est pas représentée, de sorte qu'aucune indemnité ne 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]). Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

A/3818/2019 - 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.