

## **GE\_GERICHTE ATAS/170/2015 vom 3. März 2015**

GE Cour de justice, 2015-03-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_170\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_170_2015)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/170/2015 du 3 mars 2015

IT: GE\_GERICHTE ATAS/170/2015 del 3 marzo 2015

### **Erwägungen**

#### **E. 45**

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

A/1269/2014 - 12/23 - 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. A 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. 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). 4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 5. Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations AI, plus particulièrement à une demi-rente d'invalidité. 6. Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande [art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201)], elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est- à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108; 130 V 71) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente. 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). 7. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un

autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). 8. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou

A/1269/2014 - 13/23 - psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 9. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 10. 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. 11. 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. 28a al. 1 LAI). 12. 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). 13. 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; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). 14. Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p.

A/1269/2014 - 14/23 - 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2) 15. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants 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). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que

les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49, consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352, consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. 16. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65, consid. 4.2.2; ATF non publié 9C\_387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3.2). 17. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (ATF 130 V 352, consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATFA non publié I 590/05 du 27 février 2007, consid. 3.1). 18. A l'inverse, 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

A/1269/2014 - 15/23 - 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). 19. Il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATFA non publié I 497/04 du 12 septembre 2005, consid. 5.1). 20. Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de

douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATFA non publié I 421/06 du 6 novembre 2007, consid. 3.1; ATFA non publié I 382/00 du 9 octobre 2001, consid. 2b). L'égalité de traitement commande en effet de soumettre tous les tableaux cliniques présentant des syndromes sans origine pathogène ou étiologique claire aux mêmes exigences en matière d'assurances sociales (ATFA non publié I 70/07 du 14 avril 2008, consid. 5). Ainsi, 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 (ATF non publié 9C\_662/2009 du 17 août 2010, consid. 2.3), de neurasthénie (ATFA non publié I 70/07 du 14 avril 2008, consid. 5), d'anesthésie dissociative et d'atteintes sensorielles (ATFA non publié I 9/07 du 9 février 2007, consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (ATF non publié 9C\_903/2007 du 30 avril 2008, consid. 3.4) et de traumatisme du type "coup du lapin" (ATF 136 V 279, consid. 3.2.3). 21. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en A/1269/2014 - 16/23 - corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération, soit la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique, dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que 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. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels, étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). 22. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA. Parmi les atteintes à la santé psychique pouvant provoquer une invalidité, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies, étant précisé que l'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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. 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 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

A/1269/2014 - 17/23 - 23. 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). 24. Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). 25. Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2). 26. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, 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. L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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,

A/1269/2014 - 18/23 - raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). 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 352 ss consid. 3). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). 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

A/1269/2014 - 19/23 - plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 27. 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). 28. En l'espèce, il s'agit d'examiner si l'état de santé de l'assurée s'est aggravé entre mai 2008, date à laquelle l'OAI avait rejeté sa demande de prestations AI sur la base du rapport d'expertise établi par le CEMED le 21 février 2007, et mars 2014, date à laquelle il a rendu la décision litigieuse. 29. Dans le rapport CEMED, le diagnostic de syndrome du tunnel carpien bilatéral, avec répercussion sur la capacité de travail, ainsi que ceux de status après opération de la cataracte (bilatérale) et dysthymie, sans répercussion sur la capacité de travail, ont été posés. Il a été conclu que l'assurée était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée qui ne nécessitait pas de mouvements fins et répétés avec ses deux mains ni le port de charges de plus de 5 kg. 30. Suite à l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances du 14 septembre 2010, l'OAI a confié un mandat d'expertise au Dr M\_\_\_\_\_. Celui-ci, dans un rapport du 31 octobre 2011, a retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie, dépression anxieuse persistante depuis 2004 (F34.1) et accentuation de traits de personnalité histrioniques depuis plusieurs années (Z73.1). Son examen n'avait pas mis en évidence d'anxiété généralisée de trouble phobique, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de trouble panique ou de perte du plaisir, de sorte que les symptômes anxieux et dépressifs dus à la dysthymie ne justifiaient

A/1269/2014 - 20/23 - aucune incapacité de travail, et il n'y avait pas non plus d'aggravation de l'état de santé psychique depuis l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_ de 2007. Dans un prononcé du 20 décembre 2011, l'OAI a ainsi nié, à nouveau, le droit de l'assurée à des prestations AI, considérant que l'état de santé de celle-ci ne s'était pas modifié depuis la décision du 6 mai 2008, de sorte que son degré d'invalidité, de 19%, restait insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. 31. Dans le complément d'expertise ordonné par l'OAI afin de déterminer l'évolution de l'état de santé psychique de l'assurée depuis septembre 2011, le Dr M\_\_\_\_\_ a ajouté que les plaintes de l'assurée ne correspondaient pas à ses observations cliniques. Un syndrome douloureux somatoforme pouvait être exclu. Il a confirmé que les symptômes mis en évidence correspondaient à une dysthymie. En l'absence de toute aggravation depuis l'expertise de septembre 2011, la reprise d'une activité professionnelle restait exigible à 100% sur le plan psychiatrique. Le Dr I\_\_\_\_\_ a également été invité à compléter son expertise du 21 février 2007. Il a ainsi indiqué, le 31 janvier 2014, qu'il avait sollicité un nouvel examen électroneuromyographique réalisé en décembre 2013, dont il ne ressortait aucune récurrence de syndrome du tunnel carpien. Les résultats, superposables à ceux de juillet 2010, étaient en effet meilleurs qu'en juin 2009, avant la deuxième opération chirurgicale du canal carpien. L'examen clinique était dans la norme. En présence de plaintes douloureuses sans atteinte clinique ni fibromyalgie, il a retenu un diagnostic de trouble somatoforme douloureux. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée dès 2007. Les limitations fonctionnelles retenues étaient les mouvements fins ou répétés des mains, et le port de charges supérieures à cinq kilogrammes. L'OAI s'est fondé sur ces deux compléments

d'expertise pour confirmer, le 20 mars 2014, son projet de décision du 20 décembre 2011.

32. La chambre de céans constate que l'assurée a fait l'objet de deux expertises réalisées l'une par un psychiatre, le Dr M\_\_\_\_\_, et la seconde par un rhumatologue, le Dr I\_\_\_\_\_, qu'elles ont été complétées à la demande de l'OAI, que ces expertises comportent une anamnèse familiale, psycho-sociale et professionnelle complète et détaillée, que les plaintes ont été prises en compte, que le status clinique a été clairement exposé et que les experts ont procédé à une appréciation et discussion du cas en se fondant sur un dossier complet. Leurs conclusions sont motivées, claires et convaincantes, exemptes de contradictions. Il s'ensuit que les expertises remplissent tous les réquisits permettant de leur attribuer pleine valeur probante. Il est vrai que le Dr M\_\_\_\_\_ écarte le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, alors que le Dr I\_\_\_\_\_ le retient expressément. La question de ce diagnostic peut cependant être laissée ouverte. En effet, même s'il devait être posé, force serait de constater, à la lumière des observations faites par le Dr M\_\_\_\_\_, que les conditions jurisprudentielles pour que le trouble somatoforme douloureux

A/1269/2014 - 21/23 - soit considéré comme invalidant, ne sont pas réalisées, soit la comorbidité psychiatrique grave, la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'état psychique cristallisé, plus particulièrement. 33. L'assurée est quant à elle d'avis que ces expertises ne sont pas probantes, rappelant que selon ses médecins traitants, elle souffre de graves atteintes des mains, des poignets, du dos, des yeux et de l'intestin, accompagnées de troubles dépressifs, délirants et de la personnalité, lesquels se sont aggravés malgré les traitements entrepris. Le Dr F\_\_\_\_\_ a en effet indiqué, dans un rapport du 6 avril 2011 notamment, que l'assurée souffrait de troubles anxieux et dépressifs mixtes, de troubles délirants persistants, sans précision et de troubles de la personnalité, sans précision. L'état de santé psychique s'était aggravé depuis environ deux ans, avec des délires de type persécutatoires de plus en plus forts. Les symptômes suivants étaient constatés : humeur déprimée, perte d'intérêt et de plaisir, fatigabilité accrue, perte de confiance et d'estime de soi, anxiété, altération de la capacité à penser et se concentrer, perturbation du sommeil, pleurs occasionnels, sentiment de désespoir, incapacité de faire face aux responsabilités habituelles, pessimisme envers l'avenir. L'assurée demeurait ainsi totalement incapable de travailler. Selon le Dr G\_\_\_\_\_, l'assurée souffre presque constamment de cervico-brachialgies et dorsalgies qui se sont aggravées depuis janvier 2013. La mobilité cervico-dorsale est limitée, et des séances de physiothérapie ont été prescrites. Dans son rapport du 24 septembre 2012, le Dr G\_\_\_\_\_ a estimé « l'invalidité » à 50% dans la dernière activité exercée. 34. Sur le plan psychique, le médecin traitant fait ainsi valoir une aggravation des troubles depuis 2009. Or, au jour de son expertise, soit en septembre 2009, l'expert n'a retenu qu'une dysthymie et a considéré que les attaques de panique n'étaient pas suffisamment importantes pour entraîner une incapacité de gain. Dans son complément d'expertise du 8 octobre 2013, il a confirmé le diagnostic de dysthymie, relevant au surplus que les plaintes de l'assurée ne correspondaient pas à ses observations cliniques. Le médecin traitant ne fait état d'aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise et qui pourrait être suffisamment pertinent pour remettre en cause les conclusions de l'expert. Ses diagnostics de troubles délirants persistants et de trouble de la personnalité sont posés avec la mention « sans précision » (F22.9 et F41.2) de sorte que ces troubles ne peuvent être assimilés à une pathologie durable. 35. Sur le plan somatique, force est de constater que l'examen électroneuromyographique réalisé en décembre 2013, sur demande du Dr I\_\_\_\_\_, exclut toute récurrence de syndrome du tunnel carpien, et que l'examen clinique pratiqué par le Dr

I\_\_\_\_\_ est dans la norme. Une IRM d'octobre 2013 avait

A/1269/2014 - 22/23 - démontré la présence de troubles dégénératifs cervicaux bénins, toutefois sans répercussion sur la mobilité. On relèvera enfin que le Dr G\_\_\_\_\_, généraliste, ne bénéficie pas, lorsqu'il s'exprime, de l'autorité d'un expert rhumatologue. Il est vrai que dans un rapport du 3 juin 2014, le Dr T\_\_\_\_\_, chef de clinique au Service de neurochirurgie des HUG, a confirmé le diagnostic de canal cervical étroit C5-C6 et C6-C7. L'assurée souffrait de douleurs lors de mouvements des bras ou lorsqu'elle soulevait des objets lourds. Son état était stationnaire et il n'y avait pas d'indication opératoire, mais un traitement rhumatologique permettrait éventuellement une évaluation favorable. Une capacité de travail de 50% était envisageable dans l'activité habituelle, si le traitement conservateur se révélait efficace. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était aussi d'environ 50%. Il y a lieu de relever cependant que ce médecin ne fait état d'aucune atteinte à la santé supplémentaire. Seule son appréciation de la capacité de travail est différente. Le fait qu'il ait une opinion contraire à cet égard ne suffit pas pour remettre en cause les conclusions de l'expertise. Partant, les avis divergents des médecins traitants n'étant pas de nature à mettre sérieusement en doute l'analyse des experts, il convient de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée dès 2007, étant précisé que les limitations fonctionnelles retenues sont les mouvements fins ou répétés des mains, et le port de charges supérieures à cinq kilogrammes. Force est dès lors de constater que l'état de santé de l'assurée ne s'est pas péjoré depuis la décision initiale de l'OAI du 6 mai 2008, puisque celle-ci retenait déjà une capacité entière de travail dans une activité adaptée. C'est par conséquent à juste titre que l'OAI a nié le droit de l'assurée à des prestations d'invalidité. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. 36. 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, l'assurée étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986; RS E 510.03).

A/1269/2014 - 23/23 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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