

GE_GERICHTE ATAS/347/2017 vom 29. August 2014

GE Cour de justice, 2014-08-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_347_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/347/2017 du 29 août 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/347/2017 del 29 agosto 2014

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

A/2043/2016 - 17/33 - Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur respectivement le 1er janvier 2004, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 466 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, du point de vue matériel, au vu des faits pertinents, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI consécutives aux 4ème, 5ème et 6ème révisions, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance- invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 4

Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985, LPA - E 5 10).

E. 5

L'objet du litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à des prestations d'invalidité, étant rappelé que par décision du 22 juin 2012, entrée en force, une rente entière d'invalidité lui a été octroyée, pour une durée limitée du 1er février 2011 au 30 avril 2012.

E. 6

En vertu de l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsque la rente 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. Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI), 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

A/2043/2016 - 18/33 - (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 ; ATF 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.

E. 7

L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propres 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 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 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).

E. 8

Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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). 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).

A/2043/2016 - 19/33 - 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).

E. 9

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 finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

E. 10

a. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont notamment applicables en cas de trouble de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). b. 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). Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de

A/2043/2016 - 20/33 - détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2). 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. c. Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 ; ATF 131 V 49 ; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. Ces indicateurs sont classés comme suit : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3). A. Axe « atteinte à la santé »

A/2043/2016 - 21/33 - 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie

et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé le plus tôt possible sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant

A/2043/2016 - 22/33 - que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au

comportement de l'assuré. (consid. 4.4). A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement

A/2043/2016 - 23/33 - recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitabile) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2 ; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

E. 11

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). 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 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. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin

indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

A/2043/2016 - 24/33 - En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. 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 des assurances 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).

c. L'évaluation psychiatrique comporte une importante marge d'appréciation pour l'exercice de laquelle les impressions directes que se fait l'expert de la personne soumise à l'examen psychiatrique est essentielle, de sorte que ce dernier doit en principe être effectué sur la base d'une consultation médicale et qu'aucun psychiatre ne peut valider l'avis d'un collègue sans avoir examiné lui-même l'assuré. Quant au temps consacré pour l'entretien, il y a lieu de rappeler que la durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur probante d'un rapport médical (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_28/2012 du 20 juin 2012 consid. 4.1 et les références). Au demeurant, dans le cadre d'examen psychiatrique, les procédés d'évaluation schématiques n'ont qu'une fonction complémentaire et ne peuvent se substituer à l'examen clinique, avec anamnèse, description des symptômes et observation du comportement de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_28/2012 du 20 juin 2012 consid. 4.1 et 4.2, ainsi que les références).

E. 12

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Ils doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

A/2043/2016 - 25/33 -

E. 13

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 14

Enfin, 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).

E. 15

En l'espèce, il n'est pas contesté que la situation de la recourante a subi un changement important propre à influencer son degré d'invalidité, et donc son droit à des prestations depuis la décision initiale du 22 juin 2012. En effet, dans le cadre de sa première décision, l'intimé avait conclu, sur la base de divers rapports rendus entre mars 2010 et février 2012, en particulier l'expertise du Dr T_____ du 23 février 2012, que la recourante souffrait d'un état dépressif majeur de gravité légère et d'une personnalité histrionique sub-décompensée, pathologies qui n'entraînaient plus d'incapacité de travail depuis le 1er février 2012. Suite à la nouvelle demande de prestations de la recourante du 23 janvier 2014, l'intimé a retenu, dans sa décision litigieuse du 17 mai 2016, que l'intéressée présentait depuis le mois de février 2013 une capacité de travail restreinte. Il s'est alors fondé sur les conclusions du SMR, elles-mêmes basées sur celles du

A/2043/2016 - 26/33 - Dr S_____, lequel a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un trouble mixte de la personnalité, histrionique et émotionnellement labile de type borderline (F61.0) et, sans répercussion sur ladite capacité, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndromes somatiques (F33.00). Ce médecin a fixé la capacité de travail exigible à 70%.

E. 16

La recourante nie toute valeur probante au rapport du Dr S_____ et se réfère à ceux établis par les spécialistes qui l'ont suivie et dont les conclusions divergent de celles de l'expert, tant du point de vue des diagnostics que de leurs répercussions sur la capacité de travail. En effet, le Dr L_____, consulté par la recourante dès décembre 2013, et Mme M_____, laquelle a suivi la recourante pour la première fois en 1991, ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans symptômes psychotiques (F33.1), un trouble anxieux (F41.9), des séquelles d'état de stress post-traumatique (F43.1) et un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31). Ils ont en outre mentionné, à titre d'antécédents, un état de stress post-traumatique (F43.1) et des épisodes dépressifs sévères, sans symptômes psychotiques (F32.2). La capacité de travail était évaluée entre 0% et 20% (rapport du 3 mars 2014). Les spécialistes ont par la suite ajouté le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) et précisé que les atteintes dont souffrait la recourante depuis 1991 avaient des répercussions sur sa capacité de travail, alors nulle (rapport du 8 avril 2014). Le Dr R_____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), une personnalité émotionnellement labile (F60.31), un état de stress post-traumatique (F43.1) et un trouble anxieux sans précision (F41.9), existant depuis 2010. L'incapacité de travail était totale depuis le début de sa prise en charge le 30 mars 2015 (rapport du 21 mai 2015). La Dresse U_____ a quant à elle retenu les diagnostics d'état dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, de trouble anxieux sévère, d'état de stress post-traumatique à évolution chronique et de trouble de la personnalité émotionnellement labile. Ce dernier était si grave qu'il justifiait une incapacité totale de travail à lui tout seul (rapport du 23 mars 2016).

E. 17

a. Concernant la valeur probante du rapport d'expertise, il est rappelé que le Dr S_____ a considéré que les déclarations de la recourante ne pouvaient être vérifiées et étaient peu fiables, de sorte qu'il s'est attaché « avant tout » à ses observations objectives (expertise p. 9). La chambre de céans considère toutefois que ses arguments pour dénier toute crédibilité à la recourante ne sont pas justifiés, pour les motifs exposés ci-après. L'expert a tout d'abord indiqué que l'attitude de la recourante était marquée par la « démonstrativité » et la théâtralité, et donc par l'exagération des plaintes, précisant que cet aspect était relevé et décrit dans l'expertise de 23 février 2012 (expertise p. 18). Or, les pièces produites dans le cadre de la première demande de prestations,

A/2043/2016 - 27/33 - dont le rapport du Dr J_____ de février 2012, se sont avérées lacunaires puisque l'intégralité des troubles psychiques était mise en relation avec le conflit professionnel, sans aucune connaissance des éléments anamnestiques antérieurs à 2010, en particulier du suivi médical mis en place dès 1991, des plaintes de la recourante à cette époque, des symptômes alors observés, des atteintes diagnostiquées ou encore des périodes d'hospitalisation. Dans ces conditions, l'avis du Dr J_____ n'apparaît pas pertinent pour apprécier la crédibilité des déclarations de la recourante. Le Dr S_____ a également remis en cause les plaintes de la recourante, aux motifs qu'elle répondait systématiquement par l'affirmative, sans discernement, « alors que cela ne correspondait pas forcément à l'état clinique (troubles de la concentration et de la mémoire, notamment) », qu'elle faisait part de douleurs « partout » alors qu'aucun indice ne parlait en ce sens (pas de grimaces, de soupirs, de changement de position, de déambulation dans la pièce ou de prise d'appui sur le bureau)

et qu'elle se plaignait d'être « gravement malade », de ne pas pouvoir répondre aux questions, alors que lorsqu'elle y était « enjointe fermement », les pleurs cessaient et son discours devenait précis (expertise p.18). Ces considérations sont toutefois insuffisantes pour ôter tout crédit aux affirmations de la recourante. Il est en particulier rappelé que plusieurs psychiatres ont signalé des troubles de la concentration ou de l'attention (cf. rapports du Dr L_____ du 8 avril 2014 et du Dr R_____ du 21 mai 2015), de sorte que les doléances de la recourante à cet égard n'apparaissent pas insolites, ce d'autant plus qu'elle est sous traitement médicamenteux quotidien depuis plusieurs années. Le Dr S_____ ne pouvait donc pas se limiter à ses propres observations selon lesquelles la recourante parvenait à restituer des dates exactes, à comprendre les questions et à répondre sans hésitation ou temps de latence anormalement long, pour en conclure qu'elle n'était pas fiable en relatant de tels troubles. En outre, l'absence de signe de douleurs durant l'entretien de 2h45 semble plutôt parler en défaveur d'une exagération des plaintes et la remarque de l'expert concernant ses injonctions « fermes » alors que la recourante pleurait permet de douter du bon déroulement de l'expertise, étant rappelé que la recourante avait notamment à se confier sur des éléments particulièrement traumatiques et intimes. L'expert a ensuite relevé des contradictions entre les déclarations de la recourante et des éléments du dossier (expertise p. 18 et 19). Ainsi, l'expertisée lui avait affirmé ne jamais avoir eu de problèmes d'alcool, alors que le rapport du Dr J_____ mentionnait une consommation importante jusqu'en octobre 2011. De plus, elle lui avait dit que son premier mari travaillait comme technicien de laboratoire alors que l'expertise de 2012 indiquait le métier d'enseignant, d'aide-enseignant ou de préparateur de cours de chimie. Les raisons de la fin de cette relation variaient selon les rapports (relation extraconjugale ou manque d'ambition du mari) tout comme la date du décès du père de la recourante (1977 ou 1978 selon les explications de la recourante, alors qu'un rapport de la Métairie mentionnait qu'il était décédé durant la guerre contre l'Iran [1980-1988]). Concernant les faits à l'origine du prétendu harcèlement professionnel, l'expert a également relevé

A/2043/2016 - 28/33 - différentes versions (main sur les fesses, tentative de viol ou encore confrontation verbale). La chambre de céans constate que non seulement ces dissonances et imprécisions ne sauraient être imputées avec certitude à la recourante, dès lors qu'elles peuvent également résulter d'une mauvaise retranscription de ses propos par les médecins, mais qu'elles portent en outre sur des faits relativement anodins en regard avec l'anamnèse du cas. Enfin, l'expert a indiqué qu'il était « difficile d'adhérer au fait que la recourante ait publié un livre de poésie en Irak à l'âge de 14 ans et qu'elle soit devenue célèbre suite à cela » (expertise p. 18). De même, il s'est montré incrédule quant aux études que la recourante prétend avoir achevées en Irak et à l'existence d'un séjour aux Etats-Unis de 1998 à 2000 car elle avait été hospitalisée à Genève en 1999 (expertise p. 19). Il a également relevé qu'il n'y avait aucune certitude que la recourante avait réellement obtenu un Bachelor en littérature anglaise (expertise p. 19). Le scepticisme de l'expert à l'égard de toute parole émanant de la recourante n'est pas justifié, comme l'attestent les articles de presse qu'elle a produits et le fait qu'elle peut se prévaloir d'avoir obtenu un « Bachelor of Arts ». Enfin, un séjour de deux ans à l'étranger n'est pas incompatible avec des retours à Genève où la recourante a de la famille. b. Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans est d'avis que l'expert ne pouvait pas, sur la base des éléments précités, faire fi des plaintes et antécédents relatés par la recourante.

a. Concernant en particulier les diagnostics, l'expert a souligné que les actes de tortures dont la recourante disait avoir été victime en Irak, tout comme les cauchemars qu'elle rapportait, étaient invérifiables (expertise p. 21). Il a ainsi exclu l'existence d'un état de stress post-traumatique car il n'avait pas constaté, au cours de son entretien, des symptômes persistants traduisant une hyper vigilance accrue avec des réactions de sursaut exagérées, des difficultés de concentration, une irritabilité ou des accès de colère. Cette argumentation est pour le moins étonnante puisque les rapports qu'il avait à disposition attestent d'une prise en charge dès l'arrivée de la recourante en Suisse en 1991 auprès de Mme M_____ pour le traitement de séquelles psycho-traumatiques, ainsi que d'un suivi régulier entre 1994 et 1998 en lien avec des séquelles psycho-traumatiques (rapports du Dr L_____ des 3 mars, 8 avril et 29 août 2014). Dans ces circonstances, il est difficilement compréhensible que l'expert n'ait pas jugé utile de s'entretenir avec la psychothérapeute qui connaît la recourante depuis plus de 25 ans. Cette spécialiste aurait en particulier pu lui fournir de précieux renseignements sur les traitements suivis, notamment en raison des séquelles psycho-traumatiques, et lui faire part de ses propres observations et constats dès 1991, à l'instar de brûlures sur les jambes et le cuir chevelu, ou encore d'une reviviscence traumatique de l'emprisonnement en séance.

A/2043/2016 - 29/33 - Il sied également de relever que l'expert n'a pas pris en considération les affirmations de la recourante selon lesquelles elle avait subi un viol conjugal en 2002. Ce fait ne pouvait être tout simplement ignoré par l'expert, étant rappelé que cette agression a été mentionnée par le Dr L_____ et Mme M_____, et ressort également du rapport des HUG du 16 juillet 2003, lequel indique que la recourante avait commis un abus médicamenteux à but suicidaire en raison du rejet de sa famille car elle avait déposé plainte contre un homme qu'elle aurait dû épouser et qui avait exercé des violences physiques contre elle, ce qui avait entraîné de la prison ferme et une expulsion. De plus, la recourante a effectivement changé de nom de famille en 2002, ce qui tend à étayer ses déclarations. Par conséquent, la chambre de céans considère que les conclusions de l'expert quant à l'inexistence d'un état de stress post-traumatique sont insuffisamment motivées et qu'il ne pouvait en l'état écarter une telle situation constatée à maintes reprises et à différentes périodes par plusieurs spécialistes. b. De même, l'expert n'a pas retenu le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe au motif qu'il n'y avait « pas d'argument en faveur d'un changement manifeste et persistant » de la recourante dans ses modes de perception, de relation et de pensée relative à l'environnement et de soi-même suite aux événements qui se seraient déroulés en 1990 (expertise p. 21). De surcroît, la recourante présentait un trouble mixte de la personnalité présent depuis le début de l'âge adulte, soit antérieurement aux événements allégués. Ces explications sont déficientes puisque le Dr S_____ n'a pas tenu compte, sans que cela soit en l'état justifié, de tous les éléments anamnestiques qui ressortent du dossier. c.

Concernant le trouble dépressif, le Dr S_____ a relevé que la recourante ne prenait plus d'antidépresseur, sans toutefois livrer d'explication quant aux causes ayant justifié un changement de traitement. Il est rappelé que selon le dernier rapport au dossier à cette époque, la recourante prenait quotidiennement du Risperdal et du Cymbalta (cf. rapport du 21 mai 2015 du Dr R_____). Le second médicament est notamment indiqué pour le traitement des dépressions, alors que la première substance peut être prescrite comme traitement supplémentaire à des stabilisateurs d'humeur (cf.

<https://compendium.ch/mpro/mnr/4860/html/fr>). Or, les pièces produites ne permettent pas de savoir si l'abandon de ce traitement médicamenteux résulte d'une amélioration de l'état

dépressif ou s'il a été motivé par d'autres raisons, tels que des effets secondaires, une inefficacité ou encore un changement de psychiatre traitant. En outre, le rapport du Dr S_____ ne permet pas de savoir à quelles fins étaient prescrites les différentes substances prises par la recourante au moment de son expertise, notamment pour des diagnostics non retenus par l'expert, et quelles pouvaient être leurs répercussions sur le comportement de la recourante en entretien. Ceci est d'autant plus regrettable que

A/2043/2016 - 30/33 - le Seroquel est notamment indiqué pour le traitement des épisodes dépressifs lors de troubles bipolaires (<https://compendium.ch/mpro/mnr/9188/html/fr>). À nouveau, l'expert a refusé de prendre en compte les déclarations de la recourante, notant par exemple : « Nous ne pouvons pas nous référer au descriptif du déroulement quotidien car cet aspect est entièrement subjectif et nous avons vu que le discours de l'assurée manquait de fiabilité » (expertise p. 22). Le Dr S_____ n'a donc pas tenu compte des symptômes décrits qui n'étaient selon lui pas vérifiables, telles que l'anhédonie, l'idéation suicidaire et les conduites instinctuelles. Pourtant, il a relevé que la recourante avait fait plusieurs tentatives de suicides qui avaient justifié des hospitalisations, ce qui est clairement documenté. Qui plus est, il a retenu le critère de « tentatives de gestes auto-agressifs » à l'appui de son diagnostic de personnalité émotionnellement labile, type borderline (expertise p. 20). Il apparaît donc que cet élément aurait dû être pris en considération. L'expert a également relevé qu'il existait une indication formelle pour la prise d'un traitement antidépresseur (expertise p. 26), ce qui est assez surprenant compte tenu du fait qu'il a estimé que le trouble dépressif récurrent était d'intensité légère, et ce sans traitement. Enfin, l'appréciation de l'expert quant à ce diagnostic est mise à mal par les faits survenus postérieurement à son rapport du 2 janvier 2016, en particulier l'hospitalisation de la recourante du 15 au 21 mars 2016 aux HUG où un trouble dépressif récurrent moyen a été observé, puis du 19 au 25 avril 2016 à la Clinique genevoise de Montana où le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, a été posé. d. Enfin, le Dr S_____ a considéré que l'anxiété présentée par la recourante ne justifiait pas de diagnostic séparé et constituait un symptôme de la dépression, compte tenu de son ampleur réduite. L'expert aurait dû motiver davantage son appréciation, ce d'autant plus que le diagnostic de trouble anxieux a été régulièrement retenu par les psychiatres traitants (cf. rapport du Dr L_____ des 3 mars, 8 avril et 29 août 2014, ainsi que celui du Dr R_____ du 21 mai 2015) et qu'il a observé que des anxiolytiques de lorazépam et de bromazépam avaient été prescrits (expertise p. 23). Or, il n'a pas précisé si l'ampleur réduite de l'anxiété était le résultat d'un traitement adéquat. e. L'expert ne pouvait donc pas, sur la base de ses seules observations lors d'un unique entretien de 2h45, exclure des diagnostics qui avaient été retenus et maintes fois confirmés par des spécialistes, dont certains ont suivi la recourante régulièrement et durant une période prolongée.

E. 19

S'agissant de la capacité de travail, l'appréciation du Dr S_____ ne peut pas non plus être suivie, étant donné qu'il a tenu compte d'une majoration des plaintes qui n'est pas établie et écarté sans motivation valable plusieurs diagnostics.

A/2043/2016 - 31/33 -

E. 20

Partant, les conclusions du rapport d'expertise du 2 janvier 2016 n'emportent pas la conviction de la chambre de céans et aucune valeur probante ne peut lui être reconnue.

E. 21

Enfin, s'agissant des autres rapports médicaux, ils ne permettent pas non plus de statuer sur l'état de santé de la recourante et sur sa capacité de travail. En particulier, le Dr L _____ semble ne plus avoir revu la recourante depuis le mois d'août 2014, de sorte que sa dernière appréciation de la capacité de travail n'est pas basée sur un examen récent de la recourante, mais sur sa lecture des rapports des médecins traitants actuels, ce qui n'est pas suffisant. Les rapports de la Dresse U _____ ne contiennent pas d'anamnèse détaillée et complète, et celui du Dr R _____ contient des informations erronées puisqu'il fait remonter l'existence des troubles à 2010. Quant au Dr K _____, il n'est pas spécialiste en psychiatrie. Enfin, les résumés de séjour en milieu psychiatrique ne sont pas non plus probants, faute de contenir une anamnèse complète et de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante.

E. 22

En l'état actuel du dossier, la chambre de céans n'est donc pas en mesure de statuer, de sorte qu'il convient d'ordonner une expertise judiciaire.

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement 1. Ordonne une expertise psychiatrique de Madame A _____. 2. La confie au docteur W _____ spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, clinique de Belle-Idée, Bâtiment X _____, chemin Petit-Bel-Air 2, 1225 Chêne- Bourg.

A/2043/2016 - 32/33 - 3. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : a) Prendre connaissance du dossier de la cause. b) Si nécessaire, prendre tous les renseignements auprès des psychiatres ou autres spécialistes ayant traité la recourante depuis son arrivée en Suisse. c) Examiner la recourante. 4. Établir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes: 1. Anamnèse détaillée (familiale, sociale, professionnelle). 2. Données subjectives et plaintes de la recourante. 3. Constatations objectives et status clinique. 4. Diagnostics (selon classification CIM-10). 5. Quel est le degré de gravité de chacun de ces troubles (faible, moyen, grave) ? 6. Depuis quelle(s) date(s) sont-ils présents chez la recourante ? Veuillez décrire leur évolution, en particulier depuis février 2012, date de l'expertise du Dr J _____. 7. Quelles sont les limitations engendrées par les diagnostics constatés ? 8. Ces diagnostics ont-t-il une répercussion sur la capacité de travail de la recourante dans l'activité habituelle, en particulier depuis février 2012 ? Si oui, à quel taux ? Le taux a-t-il évolué ? Si oui, comment et quand (mois et année) ? 9. Une activité lucrative adaptée est-elle raisonnablement exigible de la part de la recourante, en particulier depuis février 2012 ? Si non, pourquoi et depuis quand (mois et année) ? Si oui, à quel taux et depuis quand (mois et année) ? Le taux a-t-il évolué ? Si oui, comment et quand (mois et année) ? Y a-t-il une diminution de rendement ? Dans l'affirmative, la chiffrer (en pourcent). Donner une description des activités adaptées, en exposant les motifs qui conduisent à retenir des limitations. 10. En cas de trouble de stress post-traumatique, répondre au regard des critères de la jurisprudence évoqués au considérant 10. 11. La recourante suit-elle un traitement adéquat et s'y conforme-t-elle ? 12. Tous les traitements ont-ils été tentés ?

A/2043/2016 - 33/33 - Si non, dire lesquels pourraient avoir une influence positive sur la capacité de travail de la recourante. 13. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Si non, pourquoi ? 14. En raison des troubles psychiques, la recourante est-elle capable de s'adapter à un environnement professionnel ? Si non, pourquoi ? 15. Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité professionnelle ? 16. En cas de conclusions divergentes de celles ressortant du rapport

d'expertise du Dr S_____ du 2 janvier 2016 sur les questions des diagnostics, des limitations et de la capacité de travail de la recourante, veuillez en expliquer les raisons et motiver vos conclusions. 17. En cas de conclusions divergentes de celles ressortant des rapports des psychiatres traitants, en particulier des rapports des 3 mars, 8 avril, 29 août 2014 et 17 juin 2016 du Dr L_____, de celui du 21 mai 2015 du Dr R_____ et de ceux des 23 mars et 9 juin 2016 de la Dresse U_____, sur les questions des diagnostics, des limitations et de la capacité de travail de la recourante, veuillez en expliquer les raisons et motiver vos conclusions. 18. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. 5. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans. 6. Réserve le fond.

La greffière

Isabelle CASTILLO

La Présidente

Juliana BALDÉ

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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