

GE_GERICHTE ATAS/431/2021 vom 10. Mai 2021

GE Cour de justice, 2021-05-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_431_2021

FR: GE_GERICHTE ATAS/431/2021 du 10 mai 2021

IT: GE_GERICHTE ATAS/431/2021 del 10 maggio 2021

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

A/984/2019 - 25/40 - (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.

E. 3

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente, singulièrement sur son degré d'invalidité.

E. 5

Aux termes de l'art. 8 al. 1 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). L'art. 16 LPGA prévoit que, 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.

E. 6

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 malade, 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). 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). b. Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit

A/984/2019 - 26/40 - 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 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). 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 sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). c. Le diagnostic de fibromyalgie, qui est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, doit s'appuyer sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 132 V 65 consid. 3.4 et 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_430/2009 du 27 novembre 2009 consid. 3.4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 134/05 du 13 mars 2006 consid. 3.2.1.3 et 3.2.2.3).

E. 7

a. S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement

et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).

A/984/2019 - 27/40 - b. Ces indicateurs sont classés comme suit : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3). A. Axe « atteinte à la santé » 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la 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 lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'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

A/984/2019 - 28/40 - (cf. consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). À l'ATF 143 V 418, le Tribunal fédéral a examiné dans quelle

mesure des troubles psychiques en tant que comorbidités d'un trouble somatoforme douloureux, doivent être pris en considération pour examiner le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux. Il a précisé que même si ces troubles psychiques, pris séparément, ne sont pas invalidants en application de la nouvelle jurisprudence publiée aux ATF 141 V 281, ils sont pertinents dans l'appréciation globale de la capacité de travail d'une personne atteinte d'un trouble somatoforme douloureux. En effet, cette appréciation doit tenir compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources.

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). Des ressources préservées ne sauraient être inférées de relations maintenues avec certains membres de la famille dont la personne assurée est dépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2020 du 22 octobre 2020 consid. 5.2).

A/984/2019 - 29/40 - 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 asséurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid.

4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2 ; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

E. 8

a. Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères pertinents - lui permettent de surmonter ses douleurs. Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et

A/984/2019 - 30/40 - conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 648/03 du 18 septembre 2004 consid. 5.1.3 et 5.1.4). b. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), 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 valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail n'est plus du tout ou seulement partiellement 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. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 652/04 du 3 avril 2006 consid. 2.3). c. Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à

l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas

A/984/2019 - 31/40 - le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

E. 9

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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 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. 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social 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

A/984/2019 - 32/40 - 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 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

A/984/2019 - 33/40 - On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 10

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. 11

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). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles 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 quand

A/984/2019 - 34/40 - 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). Lorsqu'une expertise ne permet pas une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants développés par la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux et d'autres syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, un renvoi à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision est possible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_219/2015 du 12 octobre 2015 consid. 5.4).

E. 12

En l'espèce, dans sa décision litigieuse du 27 février 2019, l'intimé a retenu que la recourante disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, avec une diminution de rendement de 30%. Cette appréciation est basée sur les avis du SMR, eux-mêmes fondés sur le rapport d'examen du SMR réalisé par le Dr U_____ et la Dresse V_____, ainsi que sur le rapport d'expertise du Dr Y_____.

E. 13

a. Compte tenu des diagnostics de fibromyalgie et de trouble de la personnalité retenus par les médecins du SMR, la chambre de céans rappellera à titre liminaire qu'il y a lieu, depuis l'arrêt du 3 juin 2015, d'examiner si les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé constatée médicalement sont prouvées de manière définitive et sans contradiction avec une vraisemblance (au moins) prépondérante au moyen des indicateurs standard. b. Le Dr U_____ et la Dresse V_____ ont présenté une première version de leur rapport le 8 décembre 2015, laquelle ne figure pas au dossier de l'intimé. Cette version a été considérée comme insuffisamment claire sur certains points, en particulier sur la capacité résiduelle de travail, et comme ne répondant pas aux indicateurs développés par la jurisprudence (cf. avis du 14 janvier 2016 de la Dresse T_____). Les examinateurs ont alors rendu un second rapport, daté du 9 février 2016 et remplaçant celui du 8 décembre 2015.

E. 14

a. La chambre de céans constate d'emblée que cette nouvelle version ne permet pas non plus une appréciation concluante du cas en regard des critères jurisprudentiels. b. En effet, les examinateurs du SMR se sont contentés d'affirmer que la fibromyalgie n'entraînait aucune incapacité de travail car la recourante avait les ressources pour s'occuper de ses soins corporels et de l'hygiène, gardait des contacts avec son entourage et ses amis, sortait le chien et faisait avec ce dernier de longues balades. Elle ne bénéficiait d'aucune prise en charge psychiatrique, disposait de bonnes capacités d'adaptation, décrivait une vie normale et sa dépendance à ses parents, qui l'aidaient en toute circonstance, résultait d'un choix

A/984/2019 - 35/40 - personnel. Ils ont estimé que l'intéressée conservait des ressources personnelles dans les activités de la vie quotidienne qui lui permettraient de vivre seule de façon autonome. En l'absence de tout exemple et de toute argumentation, les constatations des examinateurs s'apparentent en réalité à de succinctes conclusions, dépourvues de motivation. Les médecins auraient dû procéder à une analyse détaillée des facteurs extérieurs incapacitants et des ressources de compensation de la recourante, indiquer si et dans quelle mesure cette dernière disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs, et livrer une appréciation consensuelle du cas s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment concernant la capacité de travail résiduelle. c. La chambre de céans relèvera encore que leur appréciation est difficilement compréhensible au vu du descriptif des activités quotidiennes. Ainsi, les médecins ont noté que la recourante se levait le matin, buvait un café et fumait, puis sortait le chien « dans le jardin », lisait « à la maison » et travaillait un peu sur l'ordinateur. L'après-midi, en fonction de son état, elle faisait une sieste puis de « longues » balades avec son chien, tous les jours si son état de santé le lui permettait, sinon « quelques fois » par semaine. Aucun loisir n'est mentionné et il est précisé que la recourante déclarait ne pas pouvoir regarder la télévision et ne pas s'occuper des tâches ménagères. Une telle journée-type ne saurait être qualifiée de « normale ». De plus, l'intéressée a expressément indiqué à l'intimé que les douleurs et symptômes présentés, dont une hyperacousie, une fatigue et des douleurs chroniques, des maux de tête et des troubles de la concentration, avaient un impact sur son quotidien, ajoutant qu'elle ne pouvait pas sortir dans des endroits un tant soit peu bruyants sans porter un casque de protection. Dans le même sens, elle a écrit aux examinateurs le 20 novembre 2015, soit avant que ceux-ci ne rendent leur premier rapport, qu'elle cherchait « à guérir et à pouvoir reprendre une vie aussi normale que possible », qu'elle n'était pratiquement pas sortie de la maison durant ses dernières vacances en Grèce à cause du bruit. Tous ces éléments n'ont pas été pris en considération

dans le rapport d'examen. En ce qui concerne les contacts sociaux, les examinateurs ont uniquement indiqué que l'intéressée avait des amis et des connaissances qu'elle voyait « régulièrement », avec lesquels elle discutait ou partageait un repas à la maison. Le rapport du SMR ne contient aucune précision quant au cercle amical de l'intéressée, quant à la nature et la fréquence de ses différents contacts sociaux, de sorte que ses conclusions selon lesquelles la recourante aurait une « vie sociale normale » ne sont pas convaincantes. En effet, dans son courrier du 20 novembre 2015 adressé aux examinateurs, l'intéressée a par exemple déclaré que le repas organisé par ses parents pour ses 40 ans avait dû être annulé, qu'elle devait souvent couper court à des conversations téléphoniques avec des amis ou refuser leurs appels, ou qu'elle n'avait pas vu sa filleule depuis des mois. Dans un document joint à son courrier du

A/984/2019 - 36/40 - 24 mai 2018, elle a encore précisé qu'elle avait dû renoncer à assister à plusieurs mariages et à un baptême d'être chers. S'agissant de l'autonomie de l'intéressée, les médecins ont relaté qu'elle n'effectuait pas les tâches ménagères, hormis la cuisine « parfois » et les courses avec ses parents « de temps en temps ». Ils ne semblent pas avoir interrogé l'intéressée sur les raisons de son manque de participation aux travaux domestiques, puisque leur rapport ne contient aucune indication à ce propos, mais ils ont considéré que la recourante serait apte à vivre seule de manière autonome et que sa dépendance vis-à-vis de ses parents était volontaire. Cette estimation va à l'encontre des déclarations de l'intéressée, qui a notamment écrit dans son courrier du 18 février 2015 qu'elle avait été contrainte de retourner vivre chez ses parents par manque d'autonomie puisqu'elle ne parvenait plus à réaliser du tout ou seulement difficilement certaines tâches, ajoutant dans sa missive du 20 novembre 2015 qu'elle avait vécu seule à partir de ses 18 ans, hormis entre deux déménagements ou lors de « crises » trop violentes. Dans le document joint à sa lettre du 24 mai 2018, elle a mentionné qu'elle avait de la peine à porter des casseroles lourdes, à éplucher des légumes ou encore à ouvrir des bocaux. De telles plaintes ne ressortent pas du rapport d'examen du SMR. Les examinateurs n'ont pas expliqué non plus ce qui leur avait permis de retenir que la recourante disposait de bonnes capacités d'adaptation. On cherche en vain des exemples dans leur rapport, étant rappelé que la recourante n'a exercé aucune activité depuis 2012 et que son quotidien semble se résumer depuis lors à rester enfermée au domicile parental et à se promener une fois par jour avec son chien si elle le peut.

E. 15

Partant, le rapport d'examen du SMR ne permet pas de tirer des conclusions quant à la capacité de travail exigible de la recourante, eu égard aux indicateurs développés par la jurisprudence.

E. 16

a. La chambre de céans relèvera encore que les diagnostics retenus par le Dr U_____ et la Dresse V_____ ne sauraient à ce stade être considérés comme établis. b. Si les examinateurs ont bien expliqué que la fibromyalgie était confirmée par plusieurs critères, dont les points décrits par Smythe et d'autres plus récents, leur motivation est laconique concernant d'autres atteintes pouvant également entrer en considération. Ils ont en effet indiqué qu'ils n'avaient pas objectivé de symptômes en faveur d'un syndrome douloureux somatoforme persistant ou d'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Ils se sont contentés d'affirmer que la recourante présentait une

amplification des plaintes, qui n'était pas accompagnée d'un sentiment de détresse, ni d'un comportement algique, sans développer davantage leur argumentation. Cette explication est manifestement insuffisante pour écarter le diagnostic différentiel de trouble douloureux somatoforme, lequel

A/984/2019 - 37/40 - est caractérisé par une douleur intense et persistante accompagnée d'un sentiment de détresse. En effet, il est rappelé, d'une part, les douleurs persistantes et importantes rapportées par la recourante depuis 2012, qui l'ont conduite à de nombreuses consultations spécialisées et investigations, et d'autre part, la constatation d'un état anxio-dépressif ou dépressif (cf. rapports du 15 mai 2014 du Dr L_____, du 7 août 2014 de la Dresse P_____, du 6 mars 2015 du Dr C_____, des 30 mars 2015 et 13 mars 2017 du Dr Q_____), qui a incité la plupart des médecins consultés à préconiser un suivi psychologique. La recourante elle-même a indiqué dans plusieurs de ses correspondances que ses troubles et leurs conséquences sur sa vie quotidienne avaient des répercussions sur son état de santé psychique, et s'est dite « dépressive et nerveuse » lors de son examen au SMR. Dans ces circonstances, les examinateurs se devaient de discuter de façon approfondie les diagnostics différentiels, ce d'autant plus que leur rapport est le seul à faire état d'une fibromyalgie et que la Dresse V_____ est l'unique spécialiste en psychiatrie à avoir examiné la recourante. c. Le rhumatologue a diagnostiqué des cervico-scapulalgies bilatérales, sans déficit neurologique, sur des troubles statiques (rigidité du segment C2-C4) et dégénératifs (protrusions discales C5-C6 et C6-C7 à prédominance droite), diagnostics qui paraissent peu précis au vu des pièces du dossier, voire incomplets. À titre d'exemples, il est rappelé que l'IRM de juillet 2011 a révélé une progression de la dessiccation du disque C2 à C7 (cf. rapport du 20 juillet 2011 de la Dresse K_____) et que les radiographies de 2013 ont mis en exergue des signes de calcification antérieure du disque intervertébral C5-C6 (cf. rapports du 4 novembre 2013 de la Dresse K_____). Or, ces troubles n'ont pas été repris par le Dr U_____ dans ses diagnostics. On relèvera également que l'examineur du SMR a constaté que les segments C2-C4 et C4-C7 étaient peu mobiles, mais qu'il n'a rappelé que le premier segment dans ses diagnostics. d. L'hyperacousie diagnostiquée par un spécialiste en ORL (cf. rapport du 2 mai 2014 du Dr O_____) n'est pas non plus mentionnée par les examinateurs du SMR, alors que ce trouble concernait une des principales plaintes de la recourante. e. Le diagnostic de personnalité émotionnellement labile type borderline (F.60.31), non décompensée, n'a pas fait l'objet d'une réelle argumentation. La psychiatre n'a en particulier pas discuté les critères cliniques permettant de conclure à un tel trouble. Elle s'est contentée de noter, au status, que la recourante était labile, facilement irritable, par moments tendue, instable et très immature, qu'elle avait des capacités d'anticipation réduites, une mauvaise image de soi, un sentiment de vide et une tendance à la manipulation. Elle n'a livré aucun exemple à l'appui de ses « constatations » et rien dans le rapport d'examen ne vient conforter de tels éléments. Les anamnèses (personnelle, familiale, professionnelle, psychosociale), ainsi que le résumé du quotidien, ne contiennent pas la moindre

A/984/2019 - 38/40 - information pertinente aux niveaux relationnel et comportemental.

Les rapports affectifs, amicaux et professionnels n'ont pas du tout été décrits.

L'examinatrice a noté qu'il ne s'agissait pas d'un trouble « grave ayant valeur de maladie », qui supposait des antécédents psychiatriques significatifs remontant à la fin de la deuxième dizaine d'années de vie. Cette justification quant au degré de gravité apparaît insuffisante, ce d'autant plus que les « ouvrages diagnostiques de référence » ne sont pas du tout cités.

De surcroît, elle paraît discutable, compte tenu des lacunes anamnestiques. En définitive, le rapport d'examen ne contient aucun élément permettant d'apprécier l'intensité du diagnostic psychiatrique retenu par la Dresse V_____. f. La psychiatre a indiqué que son examen clinique n'avait pas montré de « dépression majeure » ou d'« anxiété généralisée », sans aucune motivation. Il est incompréhensible que la spécialiste n'ait pas procédé à une analyse des critères diagnostiques de la dépression et de l'anxiété, ni n'ait eu recours aux échelles principales d'évaluation. Un examen minutieux s'imposait pourtant puisque la plupart des médecins consultés ont conclu à un état anxio-dépressif ou dépressif, et relaté de nombreux symptômes, dont une thymie triste, une perte de l'élan vital, une importante fatigue, une perte de poids de 10 kg, des difficultés de concentration et de mémoire.

E. 17

En ce qui concerne le rapport d'expertise du 12 novembre 2018 du Dr Y_____, ce dernier a dûment motivé les raisons pour lesquelles il écartait le diagnostic de maladie de Lyme. Cela étant, son analyse concernant d'éventuelles autres maladies infectieuses est peu développée. Il a pour l'essentiel expliqué que la positivité des sérologies ne reflétait pas une infection active mais « possiblement » une « immunité acquise ancienne » contre ces pathogènes. Il a en outre relevé que certains résultats étaient ininterprétables, et il ne s'est pas prononcé sur les allégations de taux toxiques de certains métaux lourds, ajoutant qu'un bilan toxicologique pourrait être utile afin d'en valider le contenu. Enfin, son rapport date de plus de deux ans et demi et la recourante, qui en conteste les conclusions, s'est depuis lors soumise à de nouveaux examens.

E. 18

Eu égard à tout ce qui précède, une instruction complémentaire se révèle indispensable. Compte tenu des lacunes du rapport d'examen du SMR, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimé pour mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, comportant des volets en psychiatrie et rhumatologie. Cas échéant, il incombera aux experts de solliciter des avis complémentaires auprès d'autres spécialistes, notamment en neurologie, ORL, infectiologie, et de compléter

A/984/2019 - 39/40 - leur évaluation par un examen neuropsychologique, vu les troubles cognitifs allégués. Il est essentiel que les experts se déterminent sur la gravité et l'impact d'une éventuelle atteinte psychique, d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux, avec une évaluation consensuelle permettant d'intégrer les éléments psychiques et somatiques. Ils devront se prononcer sur la capacité de travail globale, eu égard aux critères énoncés par la jurisprudence.

E. 19

Par conséquent, le recours sera partiellement admis, la décision du 27 février 2019 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.

E. 20

La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- 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 émoluments de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

A/984/2019 - 40/40 - 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.