

GE_GERICHTE ATAS/456/2016 vom 13. Juni 2016

GE Cour de justice, 2016-06-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_456_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/456/2016 du 13 juin 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/456/2016 del 13 giugno 2016

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. 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).

A/330/2015 - 19/34 -

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 le 1er janvier 2004, respectivement, 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 467 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 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse du 18 décembre 2014 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI sus-citées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4ème, 5ème et 6ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329).

E. 4

Selon l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. En application de l'art. 38 al. 4 let. c LPGA, les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement. Compte tenu de la suspension du délai de recours durant la période susmentionnée, le recours, adressé par pli postal le 2 février 2015 contre la décision du 18 décembre 2014, interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, est recevable (art. 56ss LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-RS/GE E 5 10]).

E. 5

Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a rejeté la nouvelle demande de prestations de la recourante, étant rappelé qu'il lui avait refusé, en juillet 2008, l'octroi d'une rente au motif que son degré d'invalidité était insuffisant.

E. 6

a. 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 ici 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). Conformément à l'art. 87 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est

A/330/2015 - 20/34 - modifiée de manière à influencer ses droits. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (cf. art. 87 al. 3 RAI). b. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 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). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108

consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

E. 7

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). 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

A/330/2015 - 21/34 - l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 8

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

E. 9

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 légitimement 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 chargées 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 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).

A/330/2015 - 22/34 - Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

E. 10

L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, ceux-ci n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait une présomption que de tels syndromes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2. et ATF 131 V 49 consid. 1.2). Au premier plan figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères pouvaient être déterminants, tels que des affections corporelles chroniques, un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132 V 65 consid. 4.2). En présence de tels syndromes, la mission d'expertise consistait surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission confiée, les experts failliraient à celle-ci s'ils ne tenaient pas compte des différents critères mis en évidence par le Tribunal fédéral dans le cadre de leur appréciation médicale (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 4.3).

E. 11

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

A/330/2015 - 23/34 - 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 » 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).

A/330/2015 - 24/34 - 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 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

A/330/2015 - 25/34 - 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 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. 12

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGa consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). 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

A/330/2015 - 26/34 - 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). 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). 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). 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 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). b. 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

A/330/2015 - 27/34 - de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leur les estimations et 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). 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).

E. 13

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

A/330/2015 - 28/34 - 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'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). Les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (ATF 141 V 281 consid. 8). 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. 14

En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de la recourante et a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer si son taux d'invalidité s'était notablement modifié depuis la décision initiale du 1er juillet 2008. Se basant sur les appréciations du SMR des 3 juillet et 27 novembre 2014, elles-mêmes fondées sur une partie des conclusions du rapport d'expertise du 4 mars 2014, l'intimé a nié toute aggravation notable de l'état de santé de la recourante et considéré que la capacité de travail demeurerait nulle dans la profession habituelle d'aide-soignante et de 70% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

E. 15

Étant donné que les experts ont retenu le diagnostic de fibromyalgie, mais exclu toute répercussion de ladite atteinte sur la capacité de travail de la recourante, il sied de déterminer au préalable quels critères jurisprudentiels doivent être appliqués. Interpellé à cet égard, l'intimé a indiqué le 22 juillet 2015 qu'il n'entendait pas appliquer la nouvelle jurisprudence fédérale à la présente cause, au motif qu'« en matière d'assurances sociales, les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1). Un changement de jurisprudence n'est un motif ni de révision, ni de

A/330/2015 - 29/34 - reconsidération et ne déploie, en règle ordinaire, des effets que pour l'avenir (ATF 119 V 413 consid. 3a et les références) ». Si une nouvelle jurisprudence ne constitue ni un motif de révision, ni un motif de reconsidération, et qu'elle ne vaut que pour les cas futurs, il importe en revanche de souligner qu'elle s'applique pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment du changement de jurisprudence (ATF 108 V 3),

de sorte que la modification à laquelle a procédé le Tribunal fédéral dans son arrêt du 3 juin 2015 doit être prise en considération pour résoudre le présent litige. En l'occurrence, les experts ont pris position quant aux anciens critères jurisprudentiels. Leur évaluation ne peut cependant pas être suivie au regard de la nouvelle jurisprudence, parce que l'expertise ne permet pas une appréciation de l'état de santé de la recourante à la lumière des exigences relatives au diagnostic et des indicateurs déterminants. De surcroît, la chambre de céans constate que le rapport d'expertise ne saurait se voir reconnaître une quelconque valeur probante.

E. 16

En premier lieu, elle observe qu'en dépit de l'existence avérée de plusieurs atteintes au niveau ophtalmologique et du fait que le SMR avait estimé que les rapports du Dr I_____ étaient insuffisants pour évaluer les limitations fonctionnelles et la capacité de travail (avis de la Dresse P_____ du 22 novembre 2013), le SMR a finalement renoncé à ce volet de l'expertise, le médecin désigné ayant déjà examiné la recourante, et indiqué qu'il prendrait les renseignements nécessaires auprès de l'ophtalmologue traitant (courriel de la Dresse P_____ du 10 février 2014). Le Dr I_____ a par la suite rendu deux nouveaux rapports, datés des 13 janvier et 14 octobre 2014. Or, ces documents n'apportent aucune indication précise quant aux restrictions engendrées par les atteintes et quant à leur influence sur la capacité de travail de la recourante, mais attestent bien d'une aggravation des pathologies puisque plusieurs interventions ont dû être pratiquées depuis le 1er juillet 2008, notamment une opération de la cataracte de l'œil gauche en septembre 2008, une opération de la cataracte de l'œil droit en novembre 2008, ainsi que plusieurs injections entre 2008 et 2013, et qu'une membrane néovasculaire sous-rétinienne en région maculaire des deux côtés avaient été découverte en décembre 2013. Dans ces conditions, la détermination du SMR, aux termes de laquelle les limitations fonctionnelles n'auraient pas évolué depuis son appréciation de juin 2008 (rapports de la Dresse U_____ des 3 juillet et 27 novembre 2014), ne résulte pas d'investigations complètes. Le défaut d'instruction est d'autant plus inadmissible qu'il a été observé, au jour de l'expertise, que la recourante était incapable de lire et de remplir seule un questionnaire car elle venait d'être opérée au niveau des yeux.

E. 17

En deuxième lieu, la chambre de céans constate que les conclusions de l'experte en rhumatologie et médecine interne ne sont pas convaincantes.

A/330/2015 - 30/34 - a. S'agissant des atteintes dorsales, l'experte a diagnostiqué des discopathies C4-C5 et C5-C6, associées à une arthrose interapophysaire postérieure C7-D1, une discopathie D12-L1 avec une ostéophytose antérieure de D9 et une scoliose lombaire. Elle s'est donc écartée de la plupart des constatations des autres médecins ayant été amenés à examiner les documents radiologiques, en ne retenant notamment pas l'existence de scoliozes des rachis cervical et dorsal, lesquelles ont pourtant été confirmées à répétitions reprises et à neuf ans d'intervalle (rapports du Dr C_____ des 3 novembre 2003, 3 mai 2004 et 26 octobre 2012), d'une diminution de la lordose au niveau cervical, d'un bec ostéophyttaire en D8-D9 et D10-D11 (rapports du Dr C_____ du 3 novembre 2003 et du Dr F_____ du 19 septembre 2007), d'une sténose du canal radiculaire, modérée en C4-C5 et serrée en C5-C6 (rapports de la Dresse E_____ du 2 novembre 2006 et du Dr F_____ du 19 septembre 2007), d'une protrusion discale en L2-L3, de troubles dégénératifs en L4-L5 et L5-S1 (rapport du Dr F_____ du septembre 2007), de rétrolisthésis de C3, L2 et L3 avec

un bec ostéophyttaire (rapport du Dr C_____ du 26 octobre 2012). Sa propre interprétation des images n'est toutefois pas suffisante pour réfuter les conclusions établies par des spécialistes en la matière, de sorte que les atteintes admises par l'experte apparaissent incomplètes. De plus, l'appréciation de la Dresse Q_____ selon laquelle l'état de santé de la recourante serait stabilisé en ce qui concerne les atteintes du rachis s'est avérée inexacte puisque les dernières constatations radiologiques attestent d'une aggravation des troubles. En effet, ont été observées une protrusion discale ostéophyttaire C5-C6 « plus accusée actuellement » appuyant sur la partie antérieure du fourreau dural et sur la racine C6 droite, une uncarthrose sévère rétrécissant fortement le foramen droit en conflit avec la racine C6 droit dans son trajet foraminaux (rapport du Dr C_____ du 26 septembre 2014), ou encore une arthrose interapophysaire postérieure étagée avec un épaissement des ligaments jaunes rétrécissant le canal dans le sens latéral, surtout en L3-L4, « plus accusée actuellement » (rapport du Dr C_____ du 29 septembre 2014). b. En outre, la Dresse Q_____ a considéré que la tendinopathie calcifiante du supra-épineux de l'épaule droite était actuellement à un stade chronique et non évolutif, les images étant stables et sans signe de conflit sous-acromial évident à l'examen. Cette argumentation est difficilement compréhensible, étant rappelé que l'experte a observé que la calcification n'existait pas sur la première échographie, ce qui dénote à l'évidence d'une modification de l'état de santé. De surcroît, son avis semble contradictoire puisqu'elle a conclu, d'une part, à une tendinopathie non évolutive et, d'autre part, que l'évolution « devrait aller vers la guérison ». C'est encore le lieu de relever que l'anamnèse relative à cette atteinte comporte une erreur manifeste en ce qui concerne le traitement, l'experte ayant noté que la recourante « aurait bénéficié de plusieurs infiltrations, dont l'efficacité ne persistait que sur six semaines environ » (rapport p. 23), puis que la recourante « n'a bénéficié que d'un traitement antalgique, mais elle n'a jamais eu ni physiothérapie

A/330/2015 - 31/34 - à ce niveau, ni infiltration » (rapport p. 68). S'agissant des limitations fonctionnelles, l'appréciation de la Dresse Q_____ n'est pas persuasive. En effet, elle a admis que la pathologie pouvait occasionnellement être « très douloureuse », mais a exclu toute restriction en lien avec des mouvements des bras au-dessus de l'horizontale au motif que la tendinopathie était « en phase de chronicité » et « ne semblait pas avoir évolué depuis un an et demi » (rapport p. 70). Faute de plus amples explications à ce sujet, la chambre de céans peine à comprendre pour quelle raison le caractère persistant et prétendument stabilisé de la tendinopathie s'opposerait à ce qu'elle engendre des restrictions. En outre, la Dresse Q_____ a considéré que la recourante pouvait continuer à exercer la profession d'aide-soignante puisque le port de charges avec soutien des patients n'était pas supérieur à 25 kg de manière itérative et régulière, mais a admis une diminution de rendement de 20% car la recourante avait besoin de plus de temps pour lever les patients (rapport p. 70 et 71). Elle n'a toutefois pas indiqué pour quelle raison la manœuvre précitée, qui pouvait s'avérer très douloureuse, n'était en définitive pas tout simplement contre-indiquée, même si elle n'était qu'occasionnelle. Elle n'a pas plus exposé pour quel motif la recourante aurait besoin de plus de temps pour réaliser de tels mouvements, en particulier si la douleur s'estompait lorsque le geste était réalisé lentement.

E. 18

Troisièmement, les conclusions au niveau psychiatrique n'emportent pas la conviction de la chambre de céans non plus. a. Il est relevé tout d'abord que le Dr R_____ n'a pratiquement accordé aucun crédit aux déclarations de la recourante, estimant que cette dernière

dramatisait et majorait ses plaintes, et était dès lors peu crédible. Il n'a toutefois pas développé les indices qui lui permettaient de considérer que la recourante exagérait ses doléances, mis à part le niveau de la douleur alléguée. Or, eu égard aux nombreuses pathologies citées dans le dossier de l'intimé (atteintes des rachis cervico-dorso-lombaire, de l'épaule, troubles oculaires et diagnostic de fibromyalgie), l'expert aurait dû étayer davantage son argumentation, ce d'autant plus qu'il a relevé que la recourante s'était régulièrement levée pour se détendre le dos (rapport p. 90). De plus, le Dr R_____ a essentiellement basé sa détermination sur l'anamnèse et le contenu des rapports des autres médecins, et non pas sur propres observations. Son examen clinique semble d'ailleurs peu fiable puisqu'il a mentionné que la recourante acquiesçait systématiquement à toutes ses propositions, ce qui rendait « peu compte de la réalité de sa situation clinique » (rapport p. 91); l'analyse des diagnostics majeurs était « rendue difficile devant une franche note de dramatisation et l'impossibilité pour l'investiguée de répondre clairement aux questions » (rapport p. 91). Les plaintes de la recourante quant à ses difficultés à se concentrer étaient « difficiles à évaluer de manière efficiente » (rapport p. 92). Il a également noté qu'il était « difficile d'avoir une idée claire de la situation clinique et de la réalité des plaintes, compte tenu des réponses un peu automatisées et, en quelque sorte, obligatoirement graves » (rapport p. 94).

A/330/2015 - 32/34 - Il est également singulier que l'expert ait nié l'existence d'un trouble dépressif, pourtant signalé par plusieurs médecins (rapports de la Dresse K_____ du 7 décembre 2012, du Dr N_____ du 29 avril 2013, de la Dresse T_____ du 20 janvier 2014), pour retenir une réaction à un facteur de stress sévère, atteinte qu'il a cependant considérée en rémission complète faute d'en retrouver des symptômes. Dans ces conditions, il eût été judicieux que l'expert s'entretienne avec les spécialistes qui suivent régulièrement la recourante, ce d'autant plus que qu'il a fondé son analyse sur leur rapport, mais qu'il s'est écarté des diagnostics posés. En outre, il sera observé que l'appréciation de l'expert paraît incertaine, puisqu'il a indiqué que : « il semble peu probable que l'expertisée ait, à un moment donné, réellement présenté les symptômes d'un épisode dépressif avéré ou d'un trouble anxieux spécifique » (rapport p. 131). De façon étonnante, l'expert a considéré qu'« aucun examen complémentaire n'est à recommander car l'anamnèse et l'examen clinique actuels sont suffisamment clairs pour permettre de retenir le diagnostic d'une réaction à un facteur de stress important, sans précision (ICD-10, F43.9) en status post » (rapport p. 94).

b. Enfin, il est rappelé que les conclusions concernant les répercussions de la fibromyalgie sur la capacité de travail de la recourante ne peuvent être confirmées, puisqu'elles se basent sur les anciens critères jurisprudentiels. Qui plus est, la chambre de céans constate que l'argumentation de l'expert à ce propos prête également le flanc à la critique. À titre d'exemple, le Dr R_____ a considéré qu'il n'y avait pas d'affection corporelle chronique importante ou s'étendant sur de nombreuses années, alors qu'il a rappelé que de nombreux traitements avaient été proposés (manipulations rachidiennes, antalgiques, antidépresseurs, myorelaxants et anti-inflammatoires) ; et ce, alors même que la recourante présente de nombreuses atteintes qui ont d'ailleurs conduit l'intimé à retenir que l'activité habituelle d'aide-soignante ne pouvait plus être exercée, et que la capacité de travail résiduelle dans une profession adaptée s'élevait à 70%. L'expert a également reconnu un certain isolement de la recourante, mais nié une perte d'intégration sociale car la recourante alléguait des « relations très limitées, mais néanmoins existantes », ce qui semble un peu paradoxal.

Eu égard à tout ce qui précède, le rapport d'expertise de la Clinique Corela du 4 mars 2014 doit se voir nier toute valeur probante.

E. 20

S'agissant des rapports des médecins-traitants, ils ne comportent pas une analyse globale et détaillée de l'ensemble des atteintes de la recourante, si bien que l'on ne saurait sans autre se fonder sur leur appréciation selon laquelle la capacité de travail serait nulle. Il sied également de 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.

E. 21

L'intimé est donc invité à reprendre l'instruction en mettant en œuvre une nouvelle expertise médicale confiée à des experts indépendants, selon la procédure prévue à l'art. 44 LPGA. La nouvelle expertise interdisciplinaire devra comporter des volets

A/330/2015 - 33/34 - rhumatologique, ophtalmologique et psychiatrique. Il incombera notamment aux experts de se prononcer sur tous les diagnostics, les limitations fonctionnelles, l'influence des différentes atteintes sur la capacité de travail et l'évolution de cette dernière depuis le mois de juillet 2008, à la lumière des indicateurs standard développés par le Tribunal fédéral au consid. 4 de l'ATF 141 V 281 en matière de trouble somatoforme douloureux, en motivant suffisamment leur appréciation. C'est le lieu de rappeler qu'une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît 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).

E. 22

Il se justifie en conséquence d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 18 décembre 2014 et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

E. 23

La recourante, représentée par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui est octroyée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; 89H al. 1 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé.

A/330/2015 - 34/34 - 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.