

GE_GERICHTE ATAS/462/2021 vom 17. Mai 2021

GE Cour de justice, 2021-05-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_462_2021

FR: GE_GERICHTE ATAS/462/2021 du 17 mai 2021

IT: GE_GERICHTE ATAS/462/2021 del 17 maggio 2021

Erwägungen

E. 24

Par courrier du 12 juillet 2019, l'assuré a interjeté recours contre la décision susmentionnée. Il a conclu implicitement à l'annulation de la décision entreprise. Son atteinte à la santé continuait à se dégrader, malgré tous les efforts qu'il a consentis pour que son état de santé ne se dégrade pas et s'améliore. Il était appuyé dans sa démarche (recours) par l'ensemble de son réseau de soins (Drs C_____ et F_____, et M. O_____, [physiothérapeute]) ainsi que par l'Association suisse des assurés. Lors de l'instruction du dossier, il pourrait être constaté que les conclusions de certains experts mandatés par l'OAI ne semblaient pas avoir été prises en compte. Il relevait enfin qu'il n'avait pas pu avoir accès à l'entier de son dossier de l'OAI, en raison du refus de l'office.

E. 25

L'intimé a répondu au recours par courrier du 8 août 2019. Il a conclu à son rejet. Le recourant se plaignait principalement d'une instruction lacunaire de son dossier, du fait que son état de santé, qui continuait à se dégrader, selon lui, n'aurait pas été pris en compte par l'office. L'assuré avait introduit une première demande en 2011, suite à des problèmes rhumatologiques et psychiques. Une expertise bi-disciplinaire avait alors été réalisée, retenant une atteinte rhumatologique incapacitante, mais écartant une incapacité de travail liée aux troubles psychiques. Par décision du 12 (recte : 8) décembre 2016, une rente entière limitée dans le temps lui avait été accordée, du 1er novembre 2011 au 31 juillet 2012. Il avait déposé une nouvelle demande de prestations par courrier reçu le 27 août 2018, accompagnée d'un

A/2659/2019 - 13/29 - rapport du Dr F_____ du 6 juillet 2018. Une procédure de révision avait été ouverte. Sur le plan psychiatrique, les rapports du psychiatre susnommé des

E. 28

L'intimé a dupliqué par courrier du 4 novembre 2019. Il persistait dans ses conclusions. Contrairement à ce qu'indiquait le conseil du recourant, l'office ne remettait pas en doute le diagnostic retenu par le psychiatre traitant du fait du lien thérapeutique avec son patient. En revanche, c'étaient les réponses lacunaires du médecin, des diagnostics posés sans respecter les règles de l'art et les critères généralement admis par la CIM-10, ainsi qu'une absence crasse d'éléments objectifs fondant certains diagnostics, et ceci même après la demande de précisions et de détails par l'office, qui amenaient ce dernier à constater que le lien thérapeutique avait selon toute probabilité joué un rôle important dans les rapports du psychiatre : en relation avec les diagnostics retenus par ce praticien dans son rapport du 19 octobre 2018, aucun élément objectif ne venait corroborer lesdits diagnostics, qui étaient simplement énoncés par le médecin. À titre d'exemple, à la question de

A/2659/2019 - 15/29 - savoir quelle était la répercussion de l'atteinte dans les domaines courants de la vie, le psychiatre répondait : « l'impact des différentes pathologies chez votre assuré dans les domaines courants de la vie est important ». À la question de l'impact de l'atteinte psychiatrique sur la CT, le médecin répondait : « votre assuré n'est plus en mesure de travailler et ce, depuis des années ». L'état de stress post-traumatique, retenu par le psychiatre, était posé sans même que soient précisées quelles situations de vie auraient pu provoquer un tel état, ni encore le détail des éléments médicaux qui pourraient le fonder.

E. 29

Réagissant à la duplique de l'intimé, le conseil du recourant à transmis à la chambre de céans, par courrier du 18 novembre 2019, l'original d'un courrier que le psychiatre lui adressait en date du 17 novembre 2019, par lequel le Dr F_____ souhaitait actualiser son compte rendu par rapport à son patient, et observait ce qui suit, en relation avec la duplique de l'intimé : il n'avait tout d'abord jamais prétendu rendre des rapports d'expertise avec force détails à l'OAI, mais simplement répondre à sa demande de renseignements en tant que médecin traitant du patient depuis maintenant plus de cinq ans. Il réfutait les considérations du service juridique de l'intimé lorsqu'il affirmait que sous prétexte qu'il suivait son patient depuis plusieurs années, cela influencerait sa capacité à poser des diagnostics. Les diagnostics retenus à ce jour étaient donc les suivants : - trouble dépressif récurrent depuis l'arrêt forcé de son travail en 2010 pour des raisons physiques, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2); - modifications durables et irréversibles de la personnalité dans le contexte de maladies somatiques dégénératives, chroniques, incapacitantes et douloureuses ainsi qu'au décours de troubles anxiodépressifs chroniques (F62.8); - phobies sociales (F40.1); - état de stress post-traumatique avec séquelles irréversibles et modifications durables de la personnalité suite à un empoisonnement des élèves de son école par une substance chimique alors qu'il était scolarisé au Kosovo, et dans le contexte de guerre de l'ex- Yougoslavie (F62.0).

E. 30

L'intimé a répondu au courrier précédent et à son annexe, par lettre du 2 décembre 2019. Il persiste intégralement dans ses conclusions. Le rapport transmis par le conseil du recourant comportant les mêmes indications que les multiples pièces déjà versées au dossier, ce document ne permettait pas de modifier la position de l'office. Bien que le Dr F_____ indiquait suivre le patient depuis plus de cinq ans - il avait déjà produit des rapports notamment en 2014 et 2015 dans le cadre de la demande précédente - le diagnostic d'un état de stress post-traumatique, avec séquelles irréversibles et modifications durables de la personnalité, n'était apparu qu'en juillet 2018, alors qu'il s'agit a priori d'une atteinte grave et durable. Dans son rapport du 17 novembre 2019, le psychiatre traitant évoquait un épisode d'empoisonnement des élèves, dans l'école de l'assuré, pour évoquer son vécu traumatisant. Dans le cadre de l'examen clinique psychiatrique (rapport du 28 juillet 2016), l'expert (Dr L_____) avait noté ce qui suit quant aux indications de l'assuré : « l'assuré décrit une bonne ambiance familiale durant son enfance. L'entente était

A/2659/2019 - 16/29 - bonne tant entre les frères et sœurs qu'avec les parents. L'assuré signale que sa famille était d'origine modeste, mais qu'il y régnait une bonne harmonie. Aucune violence ne s'était exercée au sein de la famille. Par contre, l'assuré avait assisté à des violences contre sa communauté (professeurs, voisins, tabassés par la police pour des raisons politiques). L'assuré précise que parfois ces souvenirs reviennent et il ajoute "surtout

quand je vais là-bas". Nous noterons à ce propos qu'il n'y a donc ni reviviscences envahissantes, ni conduites d'évitement » (rapport d'expertise cité, p. 6).

E. 31

La chambre de céans a entendu les parties en comparution personnelle le 14 septembre 2020, le recourant étant assisté de son conseil et de son psychiatre traitant, ainsi que d'une interprète en langue albanaise. Le recourant a déclaré : « ... , la nouvelle demande de prestations déposée en 2018 a essentiellement été motivée par une aggravation de mon état de santé pour motifs psychiques. Toutefois, j'aimerais dire que mes maux de dos se sont aggravés aussi, il y a de cela deux mois, j'ai subi une IRM. Vous me faites observer toutefois que cette aggravation, s'il en est, est postérieure à la décision du 8 juillet 2019 contre laquelle je recours. C'est exact. S'agissant de l'aggravation de mon état psychique, vous me demandez en quoi mon état se serait aggravé depuis la décision de 2016. Je vous explique que j'ai de plus en plus de mal à dormir. Je situe ces difficultés à partir du moment où je n'ai plus eu de travail. À l'époque où j'avais encore du travail, j'allais me coucher vers 10h et je me réveillais à 6h. Je vous explique comment se déroule une journée type. Je me réveille vers 8h, mais cela peut être variable (cela peut aussi être à 6h ou à 7h). Je commence par faire des exercices que mon physio m'a prescrits, pour muscler le dos et m'assouplir. Ensuite, je vais faire quelques courses à la Migros. Ensuite je reviens chez moi et je me prépare un petit- déjeuner. Ensuite, cela dépend des jours : certaines fois, des amis qui travaillent dans le quartier m'invitent à les rejoindre pour aller prendre un café pendant leur pause. D'autres fois, j'ai des rendez-vous chez le médecin ou le physio. Ces derniers temps toutefois, depuis que mon dos me fait plus souffrir, je passe plus de temps au lit. Pour revenir à mes difficultés de sommeil, j'explique que cela est dû au stress. Pendant que je travaillais, de 1999 à 2004, je ne me suis jamais arrêté de travailler, je ne prenais pas de vacances sauf des jours de congé isolés comme le Jeûne genevois, par exemple. Et donc lorsque j'ai dû m'arrêter de travailler, cela n'allait plus. J'ai en effet le sentiment d'être isolé du monde dans lequel je vivais; j'avais beaucoup d'amis, et ainsi j'en ai perdu, mais maintenant, j'en conserve quelques- uns, mais ce sont des amitiés de bonne qualité. Je les vois fréquemment. Nous discutons de tous sujets. Vous me demandez si je suis toujours dans les mêmes dispositions au sujet de ma volonté de retrouver un travail. En effet, si j'en avais la possibilité, je travaillerais volontiers. D'ailleurs, à l'époque, mon médecin traitant (Dr C_____) m'avait aidé à trouver des stages, dans le contexte de la première demande AI. Malheureusement, lorsqu'on m'a dit après un mois et demi qu'il fallait que je rentre chez moi parce qu'on ne pouvait rien faire pour moi, j'ai eu

A/2659/2019 - 17/29 - l'impression que le ciel me tombait sur la tête. Pour être précis et pour utiliser une expression purement albanaise, nous parlons de "plafond" plutôt que de ciel, mais c'est tout à fait l'idée. (Sur question) : il y a eu une époque où je retournais régulièrement dans mon pays, car ma mère était peu bien. J'y retournais environ 2 à 3 fois par année depuis 2012; mais en 2018, ma mère allait un peu mieux, alors je n'y suis plus retourné, d'autant que mes finances ne me le permettaient pas vraiment. Depuis ce moment-là, je communique avec elle par téléphone uniquement. Lorsque je me rendais au Kosovo, je ressentais des difficultés, moralement, car j'avais le sentiment d'être un étranger dans ce pays, sauf bien entendu dans le milieu familial restreint. (Sur question de son conseil) : par rapport à ce que j'ai décrit de mes journées-type tout à l'heure, il y a des jours où je ne me sens pas bien. Alors je reste pratiquement toute la journée au lit, et je dois prendre des médicaments pour dormir. Dans ces moments, je ne dors pas pendant des

durées prolongées. Dans ces moments, je repense à la période où je travaillais et c'était comme le jour et la nuit. Mon conseil me demande ce qu'il en est de ma relation avec ma femme. Cela n'a rien à voir avec mes changements de moral. Nous sommes actuellement séparés. Je m'étais marié en 2012 et en 2014, elle est partie. Elle a voulu rentrer en France pour revivre dans son pays d'origine car elle était atteinte d'un cancer. J'ai toujours des contacts avec elle. Je la revois de temps en temps. Elle vit à environ 300 km d'ici. Au début, elle habitait moins loin. Lorsque je ne me sens pas bien, je m'efforce tout de même de sortir, pas très longtemps mais plusieurs fois par jour car je ne pourrais pas supporter de rester enfermé. Mon avocate me demande quel est le pourcentage de jours où je me sens mal par rapport à ceux où je me sens bien. Il y a des semaines, surtout ces 2 derniers mois, où cela représente le nonante pour cent des jours ». Me ARCE a demandé à la chambre de céans d'examiner la possibilité de mettre sur pied une nouvelle expertise psychiatrique.

E. 32

Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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. 2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la

A/2659/2019 - 18/29 - forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur la question de savoir si son état de santé s'est aggravé depuis la dernière décision de l'assurance-invalidité entrée en force, du 8 décembre 2016, qui avait reconnu à l'assuré le droit à une rente d'invalidité entière, mais limitée dans le temps, soit du 1er novembre 2011 au 31 juillet 2012. 4. 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 en vigueur dès le 1er janvier 2008). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V

273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 5. a. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants

A/2659/2019 - 19/29 - (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3; ATF 125 V 412 consid. 2b; ATF 117 V 198 consid. 4b ainsi que les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_137/2018 du 3 septembre 2018 consid. 2.2). b. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_137/2018 précité consid. 2.2). Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2). c. L'exigence relative au caractère plausible ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent alors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS, 2003, p. 396 ch. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 724/99 du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa). Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 64 consid. 2; ATF 109 V 262 consid. 4a). d. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108 consid. 5; ATF 130 V 71 consid. 3.2.5) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant

désormais l'octroi d'une rente. Si elle constate que les

A/2659/2019 - 20/29 - circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.3.2) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et ATF 109 V 114 consid. 2a et b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_721/2014 du 16 juin 2015 consid. 3.1). 6. 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 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). 7. 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, y compris les troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. 8. L'examen des indicateurs standards est toutefois superflu lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable, ou si l'existence d'une incapacité de travail est niée de manière convaincante par un avis médical spécialisé ayant pleine valeur probante et que les éventuels avis contraires peuvent être écartés faute de pouvoir se voir conférer une telle valeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). 9. 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 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 A/2659/2019 - 21/29 - consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). 10. 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. 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 11. 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. 12. 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 LPG) 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). 13. 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). 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 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne

A/2659/2019 - 22/29 - 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). 14. 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). 15. En l'espèce, l'administration étant entrée en matière, ce point n'est pas litigieux, de sorte que la chambre de céans n'a pas à examiner comment l'OAI a tranché cette question. Au vu de la jurisprudence citée précédemment, il s'agit de déterminer, si dans le cas particulier, l'OAI a bien instruit tous les aspects médicaux et juridiques pour s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré était effectivement

survenue, ceci en comparant les circonstances existant lorsque la nouvelle décision a été prise, avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente (8 décembre 2016) est entrée en force, pour apprécier si dans l'intervalle une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente était intervenue.

16. a. Comme rappelé précédemment, l'exigence relative au caractère plausible ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent alors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir. Ainsi, le fait d'admettre comme plausible une possible aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis la dernière décision en force n'exclut pas qu'aux termes de l'instruction plus poussée, que l'administration doit entreprendre après être entrée en matière, celle-ci aboutisse en définitive à la conclusion que la modification (ici l'aggravation) de l'état de santé depuis la dernière décision en force ne soit en réalité, - et ceci au degré de la vraisemblance prépondérante exigée en matière d'assurances sociales -, pas survenue.

b. La nouvelle demande de prestations, du 27 août 2018, indiquait selon la pièce médicale annexée (lettre du 6 juillet 2018 du Dr F_____ au conseil du recourant, A/2659/2019 - 23/29 - répondant aux questions de ce dernier), que le recourant était suivi à sa consultation depuis le 4 septembre 2014, à une fréquence restant variable. Le psychiatre traitant y affirmait que depuis son précédent rapport (8 juin 2015, selon le dossier à disposition), les diagnostics avaient changé; il retenait actuellement : - un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 33.2, selon la classification internationale des maladies de l'OMS, CIM-10); - une phobie sociale (F40.1); état de stress post-traumatique (F43.1) avec séquelles irréversibles et modifications durables de la personnalité (F62.0); - une neuro-fibromyalgie avec sièges multiples (M79.70). Ces diagnostics étaient simplement énumérés, sans autre explication ni justification, ni même de date à laquelle ils auraient été posés, ce qui apparaissait d'emblée problématique notamment par rapport à l'état de stress post- traumatique, et à celui de neuro-fibromyalgie avec sièges multiples. Le psychiatre traitant indique que l'évolution de l'état de santé était défavorable et qu'il s'était aggravé depuis le début du traitement. Sachant que le psychiatre traitant a commencé à prendre son patient en charge au début septembre 2014, et qu'en juin 2015, il relevait notamment que l'état de santé était resté stationnaire, sans changement de diagnostics, et sans évolution notable hormis une discrète amélioration de l'anxiété depuis l'instauration du traitement d'Abilify), il affirmait néanmoins en juillet 2018 qu'actuellement et depuis au moins un an, son patient présentait, même pour une activité adaptée, une incapacité de travail à 100 %, omettant qu'à fin novembre 2014 déjà (rapport du 28 novembre 2014), il estimait déjà que la symptomatologie anxiodépressive sévère dont son patient était atteint rendait actuellement tout travail impossible. Au vu de ce qui précède, on peut comprendre aisément que l'OAI ait d'emblée sollicité des explications complémentaires de la part du Dr F_____, estimant – à juste titre de l'avis de la chambre de céans – que les indications qu'il avait données en réponse aux questions du conseil du recourant (courrier du Dr F_____ du 6 juillet 2018), certes suffisantes pour l'examen de la plausibilité de l'aggravation de l'état de santé, ne l'étaient en revanche pas pour déterminer si cette aggravation de santé était pleinement avérée. Les réponses apportées par le psychiatre traitant aux questions de l'OAI - reproduites par le médecin avant la réponse à chacune des

questions, dans son courrier du 19 octobre 2018 (voir ci-dessus en fait ad. ch. 16), -, ne convainquant pas : il ne dit rien de plus concernant la justification des diagnostics qu'il retenait, se contentant de reproduire la liste comme dans son courrier du 6 juillet 2018; invité à fournir une anamnèse la plus détaillée possible, le psychiatre traitant répondait à cette question en moins de quatre lignes : « Votre assuré présente de multiples pathologies et psychopathologies investiguées depuis de nombreuses années par vos services sans jamais qu'il y ait eu de décisions adaptées à sa situation. L'évolution de ses psychopathologies en l'absence de décisions adaptées est défavorable ». Quant à la demande de fournir un status psychiatrique détaillé (constatations objectives lors de ses consultations), le psychiatre traitant se borne à relever que le patient est toujours ponctuel à ses rendez-vous, que sa tenue et son

A/2659/2019 - 24/29 - hygiène corporelle sont corrects; il se présente effacé, complètement épuisé, parlant sur un ton de voix faible et plaintif avec une incapacité totale à se projeter dans une activité professionnelle, et une grande lassitude. Il observe que l'anxiété et la colère sont bien perceptibles et particulièrement quand il évoque son futur, alors qu'il ressent qu'il a quasiment tout perdu, avec le sentiment d'être incompris et abandonné par la société en général et par l'assurance-invalidité en particulier. Quant à la description du déroulement d'une journée-type, il se borne à indiquer que l'assuré se réveille vers sept heures, souvent après une mauvaise nuit, et que le reste de la journée varie en fonction de ses possibilités. Il essaye en général de marcher le plus possible en essayant de faire diminuer ses multiples douleurs. Toutes ses activités sont gravement impactées par ses handicaps. À ce sujet et, invité à décrire la répercussion de l'atteinte invoquée à la santé dans les domaines courants de la vie (ménage, loisirs et activités sociales), il répond : « l'impact des différentes pathologies chez votre assuré dans les domaines courants de la vie est important ». S'agissant des ressources disponibles ou mobilisables, il indique que son patient n'a plus aucun réseau social et qu'il a même perdu le contact avec son frère qui vit aussi à Genève. À la question de savoir, d'un point de vue strictement psychiatrique, quelle est la CT de son patient dans son activité habituelle, à quel taux (exprimé sur 100 % ou en nombre d'heures par jour), et depuis quand, le psychiatre traitant répond : « votre assuré n'est plus en mesure de travailler et ce depuis des années ». Quant aux limitations fonctionnelles, il retient la fatigabilité extrême, l'irritabilité, la perte d'intérêt, des troubles cognitifs majeurs, des douleurs physiques, du désespoir avec pleurs, une anxiété de fond avec des moments plus paroxystiques. Sur le plan psychiatrique uniquement, le psychiatre traitant estime que la CT dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles est nulle (0 %), le médecin observant que des essais de réinsertion ont déjà été faits et se sont soldés par des échecs cinglants. Quant à l'évolution de l'état de santé, depuis le début (spécifier la date de la prise en charge par le psychiatre traitant), et avec quel traitement, ce dernier - après avoir indiqué les médicaments prescrits dans le passé et actuellement-, considère qu'il n'y a pas d'évolution et que seule une rente AI pourrait amener un peu de sécurité et de réassurance chez l'assuré, qui pourrait participer à une évolution favorable dans un deuxième temps. Il indique encore que l'observance thérapeutique est excellente; il dit n'avoir aucune pièce médicale nécessaire à produire pour étayer ses considérations, et souligne en guise de remarques conclusives que ce rapport médical ne pouvait pas être exhaustif et qu'il n'était pas possible de se baser uniquement sur celui-ci pour prendre une décision. 17. La décision entreprise est fondée sur l'avis du SMR du 28 mai 2019, selon lequel le psychiatre traitant n'apportait aucune information sur les changements éventuels de l'état psychique de l'assuré. Dans cet avis, le SMR relevait que le

psychiatre traitant se bornait à confirmer que pour lui la CT était nulle depuis 2010, soit avant la dernière évaluation (recte : décision en force) de l'OAI. Le service médical ne disposait à l'heure actuelle (soit au moment où la décision sur nouvelle demande allait être rendue) d'aucun élément médical objectif permettant de remettre en cause

A/2659/2019 - 25/29 - ses conclusions précédentes. Le SMR avait préalablement (avis du 11 mars 2019) invité l'OAI à dûment ré-interpeller le psychiatre traitant, au vu des réponses insuffisantes que ce dernier avait adressées, par courrier du 19 octobre 2018, aux questions complémentaires que lui avait déjà posées l'OAI, dans un premier temps. Invité à décrire l'évolution de l'état de santé de son patient (depuis la dernière décision en force), le psychiatre traitant s'est borné à répondre par son courrier du 2 mai 2019 : « Madame, Monsieur, pour répondre à votre courrier de mars 2019, où vous me demandez de décrire l'évolution de l'état de santé de votre assuré, je puis vous confirmer que la situation médicale de votre assuré a évolué défavorablement depuis 2010 et l'apparition de ses troubles physiques et psychiques que vous connaissez bien et ne cesse de s'aggraver comme, malheureusement, nous pouvions l'imaginer. Ainsi, je me permets de vous dire une fois de plus que (M. A_____.) est totalement incapable de travailler. Votre assuré ne travaille plus depuis 2010. Les troubles psychiques restent décompensés malgré les traitements; une rente AI, après les échecs cinglants de réinsertion par votre Office, pourrait contribuer et faire partie intégrante d'un traitement adéquat de la souffrance physique et morale de votre assuré. Je vous remercie de prendre note de ces informations qui je l'espère vous aideront à comprendre l'invalidité totale de M.M. et vous prie, Madame, Monsieur, d'agréer mes meilleures salutations. (signature) ». 18. Quant aux nouveaux diagnostics retenus par le psychiatre traitant, soit : - une phobie sociale (F40.1); état de stress post-traumatique (F43.1) avec séquelles irréversibles et modifications durables de la personnalité (F62.0); - une neuro- fibromyalgie avec sièges multiples (M79.70), simplement énumérés dans ses divers courriers et réponses aux demandes de précisions de l'OAI, la chambre de céans observe ce qui suit : - s'agissant de la phobie sociale, ce diagnostic, non documenté, apparaît être une autre manière d'exprimer ce qu'avait déjà retenu le spécialiste psychiatre du SMR, lors de son examen personnel du 25 juillet 2016, soit une phobie spécifique isolée [F40.2] (rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du SMR du 28 juillet 2016, ci-dessus en fait ad ch. 11). - En ce qui concerne l'état de stress post-traumatique (ESPT, ou SSPT ou encore PTSD), selon la nomenclature médicale, il s'agit d'une réaction qui survient suite à un événement traumatique « hors du commun » (CIM-10), impliquant que le sujet « est ou a été menacé de mort ou de blessure grave, ou d'une atteinte à l'intégrité physique pour lui-même ou pour les autres » (DSM-IV). L'événement est constamment revécu dans des souvenirs envahissants, des rêves répétitifs ou lors de « flashbacks », qui sont des retours brutaux avec intense charge émotionnelle. S'y ajoutent un évitement des stimuli associés au traumatisme, un émoussement de la réactivité générale et des symptômes de vigilance accrue. L'intéressé présente souvent des symptômes de peur et de dépression, associés à des pensées de suicide. Dans la plupart des cas, une guérison est attendue. Dans certains cas (10 % des cas selon des études récentes), les troubles se chronicisent pendant des années et

A/2659/2019 - 26/29 - entraînent une modification durable de la personnalité (F62.0) (ATF 142 V 342 consid. 5.1). La jurisprudence récente publiée aux ATF 141 V 281 concernant le syndrome douloureux somatoforme est également applicable aux ESPT, parce qu'il s'agit de troubles qui ne se fondent pas sur des constatations objectives, notamment au regard de

la symptomatologie (flashbacks, cauchemar, événement revécu, comportement d'évitement, vigilance accrue, peurs aiguës) (ATF 142 V 342 consid. 5.2). À la question de savoir si le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) doit relever du champ d'application de l'ATF 141 V 281 consid. 4.2, il existe plusieurs points de référence. Dans le cas de ce tableau clinique, il convient tout d'abord de rappeler que la détermination et la justification du diagnostic nécessitent déjà une attention particulière (cf. arrêt 9C_195/2015 consid.3.3.1; en général : ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 p. 285). Sans entrer dans les différences conceptuelles entre la CIM-10 et le DSM-5 qui existent ici dans le cas du PTSD (cf. à ce sujet WOLFGANG HAUSOTTER, Psychiatrische und psychosomatische Begutachtung für Gerichte, Sozial- und private Versicherungen, Francfort 2016, p. 242 et suivantes; en détail sur les systèmes de classification : BGE 130 V 396 consid. 6.3 p. 402 s.), il faut d'abord se concentrer sur le critère de stress, c'est-à-dire sur le traumatisme déclencheur (cf. consid. 5.1 ci-dessus). Ce n'est pas à l'expert lui-même qu'il incombe en premier lieu ou uniquement de l'éclairer, mais il doit s'y référer. En particulier, lorsqu'elle n'est attestée que par les déclarations et descriptions subjectives de la personne concernée, il n'est généralement pas possible de fournir cette preuve sans autre forme de procès (voir, par exemple, l'arrêt 9C_687/2013 du 24 juin 2014 consid. 4.2). Outre la sévérité du critère de stress, elle-même significative pour l'affirmation du PTSD, la période de latence entre le stress initial et l'apparition du trouble nécessite un examen détaillé. Selon la CIM-10, cela se situe entre quelques semaines et (six) mois. Une justification spéciale est requise dans les cas où, de manière tout à fait exceptionnelle, une apparition ultérieure doit être prise en compte pour des raisons spécifiques (voir l'arrêt 9C_195/2015 consid.3.3.3 avec d'autres références). Dans la littérature, il est également fait référence au fait que l'apparition occasionnelle de flashbacks ou de cauchemars n'est pas suffisante pour constituer un PTSD (HAUSOTTER, loc. cit., consid. 5.2.2 p. 251 et les références) (ATF 142 V 342 consid. 5.2.2 p. 347).

En l'espèce, à l'instar de ce que relevait l'intimé dans son courrier du 2 décembre 2019, bien que le Dr F_____ indiquait suivre le patient depuis plus de cinq ans - il avait déjà produit des rapports notamment en 2014 et 2015 - dans le cadre de la demande précédente ayant abouti à la décision en force de 2016, à aucun moment le psychiatre traitant n'évoquait alors le diagnostic d'un état de stress post-traumatique, avec séquelles irréversibles et modifications durables de la personnalité, lequel n'était apparu sous la plume du Dr F_____ qu'en juillet 2018, alors qu'il s'agit a priori d'une atteinte grave et durable. Il sied également de rappeler dans ce contexte

A/2659/2019 - 27/29 - que le recourant est entré en Suisse en 1996, alors âgé de 18 ans. Dans son rapport du 17 novembre 2019, le psychiatre traitant évoquait un épisode d'empoisonnement des élèves, dans l'école de l'assuré, pour évoquer son vécu traumatisant; ce qui fait encore remonter ces événements à plusieurs années avant son arrivée en Suisse (1996). Or, dans le cadre de l'examen clinique psychiatrique (rapport du 28 juillet 2016), l'expert (Dr L_____) avait noté ce qui suit quant aux indications de l'assuré : « L'assuré décrit une bonne ambiance familiale durant son enfance. L'entente était bonne tant entre les frères et sœurs qu'avec les parents. L'assuré signale que sa famille était d'origine modeste, mais qu'il y régnait une bonne harmonie. Aucune violence ne s'était exercée au sein de la famille. Par contre l'assuré avait assisté à des violences contre sa communauté (professeurs, voisins, tabassés par la police pour des raisons politiques). L'assuré précise que parfois ces souvenirs reviennent et il ajoute "surtout quand je vais là-bas". Nous noterons à ce propos qu'il n'y a donc ni reviviscences envahissantes, ni conduites d'évitement » (rapport

d'expertise cité, p. 6). Cet extrait de l'examen bidisciplinaire de l'été 2016 montre en particulier que l'examen auquel les spécialistes du SMR avaient procédé avait été particulièrement fouillé, les investigations qu'ils avaient menées, notamment sur le plan anamnestique, étaient très complètes; l'examineur psychiatre ne s'était pas seulement tenu à une analyse de l'état de santé psychique de l'assuré, sur la seule base des indications du psychiatre traitant. Il avait d'ailleurs étayé ses conclusions par des motifs convaincants, justifiant d'ailleurs son point de vue lorsqu'il s'écartait des diagnostics retenus par le psychiatre traitant notamment. La chambre de céans relève à ce sujet que l'examen du 28 juillet 2016 répondait clairement aux exigences de la jurisprudence, notamment par rapport aux exigences posées par l'arrêt du Tribunal fédéral de juin 2015 en matière de troubles somatoformes douloureux et associés (indicateurs) pour que l'on puisse lui accorder une pleine valeur probante. Ainsi, sur ces bases, confrontées à la jurisprudence du Tribunal fédéral qui vient d'être rappelée, les conditions requises pour que l'on puisse admettre dans le cas d'espèce l'existence d'un SSPT ne sont pas réunies. On peut certes comprendre, de la part du psychiatre traitant, les efforts délibérés déployés pour tenter d'étayer une aggravation de l'état de santé, dans le but - clairement exprimé par ce praticien, à plusieurs reprises, comme représentant pour lui la seule mesure susceptible d'améliorer l'état de santé de son patient - de l'obtention d'une rente de l'assurance- invalidité. Force est toutefois de constater que ses rapports successifs ne sont guère convaincants et ne peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante. À ce sujet, comme relevé précédemment, le psychiatre traitant remarquait lui-même, dans son courrier du 19 octobre 2018, en guise de conclusion à ses réponses aux demandes de renseignements complémentaires de l'OAI, que « ce rapport médical ne pouvait pas être exhaustif et qu'il n'était pas possible de se baser uniquement sur celui-ci pour prendre une décision ». - Une neuro-fibromyalgie avec sièges multiples (M79.70) : comme les précédents, ce diagnostic a simplement été énoncé, dans les courriers du Dr F_____ des 6 juillet et 19 octobre 2018, sans la moindre justification. Il est d'ailleurs significatif

A/2659/2019 - 28/29 - de relever que dans son dernier courrier, du 17 novembre 2019, répondant à la demande du conseil du recourant, le psychiatre traitant n'a précisément pas repris ce diagnostic dans l'énumération de ceux qu'il estimait devoir être retenus à ce jour. On ne saurait dès lors faire sérieusement grief à l'OAI de ne pas avoir approfondi l'étude de la situation médicale du recourant, sous cet angle. 19. Au vu de ce qui précède, force est de constater que c'est à juste titre que l'OAI a finalement considéré, après être entré en matière sur la demande de révision de l'assuré du 27 août 2018, et avoir instruit le dossier, médicalement, à satisfaction, que l'état de santé du recourant ne s'était pas aggravé depuis la décision en force du 8 décembre 2016. Cette appréciation, retenue par la chambre de céans, ne pourrait être modifiée par des mesures d'instruction complémentaires, telle en particulier l'audition du psychiatre traitant du recourant, voire encore par la mise en place d'une nouvelle expertise psychiatrique telle que suggérée par le conseil du recourant, en dernier lieu à l'issue de l'audience de comparution personnelle, ni sous forme d'expertise judiciaire, ni dans le cadre d'un renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire, celle-ci ne se justifiant pas au vu de l'état du dossier au moment où la décision entreprise a été rendue (appréciation anticipée des preuves). 20. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté et le recourant sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

A/2659/2019 - 29/29 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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