

GE_GERICHTE ATAS/533/2020 vom 29. Juni 2020

GE Cour de justice, 2020-06-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_533_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/533/2020 du 29 juin 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/533/2020 del 29 giugno 2020

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (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).

E. 3

Les modifications du 18 mars 2011 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2012, entraînent la modification de certaines 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).

E. 4

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/1979/2018 - 18/34 - forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 5

Le litige porte sur le droit de l'assurée aux prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement au droit à une rente, la décision entreprise niant tout droit à des prestations de l'assurance-invalidité, la recourante concluant à l'octroi d'une rente entière dès le 1er février 2014, étant précisé que la chambre de céans, saisie d'un précédent recours de l'assurée contre un précédent refus de prestations, avait le 23 novembre 2015, admis le recours, annulé la décision du 6 mai 2015 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire puis nouvelle décision (ATAS/905/2015), ayant estimé nécessaire de compléter l'instruction par la mise en place d'une nouvelle expertise bi-disciplinaire

rhumatologique et psychiatrique, charge aux experts d'examiner le cas de la recourante par rapport aux exigences actuelles de la jurisprudence, notamment aux fins d'évaluer le degré de gravité de l'atteinte relevant de la fibromyalgie, et de déterminer son caractère incapacitant en prenant également en compte les caractéristiques de l'atteinte psychique de l'intéressée, pour déterminer dans quelle mesure elle dispose de ressources suffisantes et exigibles pour surmonter le cas échéant les conséquences des atteintes à la santé sur sa CT.

E. 5.1

; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). c. L'expert psychiatre a notamment tenu compte du fait que l'expertisée avait dès l'âge de 18 ans consommé de l'ecstasy et de la cocaïne, mais qu'en ce qui concerne cette dernière, la dernière prise remontait à septembre 2015 ; il a retenu qu'elle n'avait jamais consommé d'héroïne, et pris en compte le fait qu'elle consommait

A/1979/2018 - 27/34 - régulièrement du cannabis, l'intéressée ayant précisé au moment de l'entretien qu'elle n'avait toutefois plus consommé depuis deux semaines. Il a d'ailleurs également pris en compte l'effet que peut avoir la présence d'une dépendance au cannabis chez une personnalité borderline, notamment celui de provoquer un cercle vicieux chez ces personnes, notamment en ce qui concerne l'irritabilité et la tension nerveuse ; le manque de cannabis provoque souvent une exacerbation de ce type de symptômes cliniques. Retenant en effet, à l'instar des précédents spécialistes psychiatres y compris la psychiatre traitante actuelle, une personnalité émotionnellement labile de type borderline (F 60.31), et les troubles mentaux liés à l'utilisation continue du cannabis (F 12.25), il a considéré, de manière convaincante, que tous ces éléments, soit autant de diagnostics retenus, étaient sans effet sur la capacité de travail. Il a également précisé que, lors de l'examen, et à la lecture du dossier, du point de vue anamnestique, en dehors des hospitalisations à Belle-Idée et à la Clinique genevoise de Montana, les symptômes cliniques d'une dépression sont d'un degré léger et ne provoquent aucune limitation fonctionnelle qui empêcherait cette assurée de travailler. Il a notamment relevé, en procédant à l'analyse complète et détaillée des interactions entre les différents diagnostics que l'assurée présente une problématique borderline depuis son adolescence, ce qui ne l'a pas empêchée de travailler jusqu'en 2013 où elle a arrêté à cause de douleurs, avec le diagnostic de fibromyalgie et ultérieure apparition de signes et symptômes d'un registre dépressif. Il note précisément que l'assurée ayant présenté plusieurs épisodes, il est possible de parler d'un trouble dépressif récurrent selon les critères de la CIM-10. Il relève qu'elle a été hospitalisée à plusieurs reprises en 2014, 2015 2016 ainsi qu'à fin 2016, et que le diagnostic était celui de trouble dépressif, épisode actuel moyen. Il en tire donc comme conclusion que l'assurée n'a donc jamais présenté de signes et symptômes d'un trouble dépressif sévère avec notamment des tentatives de passage à l'acte ayant mis sa vie en péril, des troubles du comportement importants, ni une humeur dépressive sévère de sorte qu'il n'y a donc pas eu de critères du degré sévère d'un trouble dépressif au sens de la CIM-10 avec des limitations fonctionnelles empêchant l'assurée de travailler, en dehors des hospitalisations. Il explique que dans ce sens il s'éloigne des diagnostics retenus par la psychiatre traitante. Il observe enfin qu'au moment de l'entretien, les signes et symptômes d'un trouble dépressif étaient plutôt légers et il n'y avait aucune limitation fonctionnelle. Il ressort d'ailleurs de l'ensemble des documents médicaux versés au dossier que les troubles dépressifs ayant amené l'assurée à des hospitalisations avaient toujours été d'un degré entre léger et moyen, et par conséquent sans limitation fonctionnelle qui l'empêcherait de faire un travail comme celui qu'elle a déjà

exercé jusqu'à maintenant. Il a en outre observé en ce qui concerne l'incidence possible de la fibromyalgie sur la personnalité borderline, que cette fibromyalgie a pu provoquer une décompensation de la personnalité borderline à des moments précis, ayant amené à des hospitalisations ; mais la patiente récupère rapidement, ne présentant pas de signes cliniques de décompensation à la sortie des hôpitaux. Il a enfin examiné, conformément aux

A/1979/2018 - 28/34 - exigences de la jurisprudence récente du Tribunal fédéral, la situation de l'expertisée sur le plan psychiatrique, en prenant en compte, dans le cadre d'une analyse structurée, les indicateurs énoncés par le Tribunal fédéral, notamment dans le cadre de l'examen des ressources personnelles dont l'assurée dispose ou peut les mettre en œuvre grâce à son réseau ; il a également apprécié la cohérence entre les diagnostics retenus, les constatations objectives et les plaintes et le comportement de l'intéressée dans tous les domaines de la vie, relevant au passage que selon lui il n'y avait pas de signe d'exagération des symptômes de la part de l'expertisée. On observera, par rapport aux critiques de la recourante à l'égard de l'expert psychiatre, que contrairement à ce qu'elle affirme, il n'existe aucun élément au dossier relatant l'existence, à un moment donné, d'une tentative de suicide. Il est vrai en revanche, l'expert l'a expressément relevé, à certaines périodes, tel que relaté notamment par les rapports successifs versés au dossier on était en présence d'idées suicidaires, ayant notamment conduit à des hospitalisations ou à une prise en charge dans le cadre du Centre de thérapies brèves, mais il n'est jamais relaté de tentative (effective) de suicide, autrement dit de passage à l'acte. Ainsi l'expert a notamment relevé en p. 17 de son rapport que l'assurée avait séjourné au service de psychiatrie des HUG du 23 novembre 2016 au 12 janvier 2017, adressée par son psychiatre, pour un trouble dépressif récurrent et un trouble de la personnalité borderline, en raison d'une aggravation de son état psychique avec la présence d'idées suicidaires et afin de se mettre à l'abri. Du reste, la recourante ne dit pas autre chose en cours de procédure. Quant à la Dresse D_____, qui a notamment répondu, en cours de procédure, à des questions posées par le conseil de la recourante, en particulier dans son courrier du 28 septembre 2018, produit par la recourante, elle affirme ne pas être « en plein accord » avec l'expert psychiatre. Mais les exemples qu'elle donne pour illustrer son propos (cf. ci-dessus en fait ad ch. 27) ne mettent nullement en évidence des contradictions chez l'expert ou ne suggèrent que ce dernier aurait omis de prendre en compte des éléments déterminants au point de susciter un doute quant à sa fiabilité ou son objectivité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). Du reste, les éléments qu'elle met en évidence ont bien été pris en compte par l'expert, et le SMR l'a d'ailleurs relevé dans son appréciation produite par l'intimé à l'appui de ses écritures du 16 octobre 2018 (avis du SMR du 11 octobre 2018). On doit aussi avoir à l'esprit la jurisprudence du Tribunal fédéral citée précédemment, au sujet de la divergence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), ayant pour conséquence qu'en principe et en vertu du rapport de confiance existant entre le thérapeute et son patient, le médecin traitant aura tendance à exprimer un avis allant plutôt dans le sens du patient, le rôle de l'expert étant différent, dès lors qu'on attend de lui une approche plus objective. En résumé, la Dresse D_____ s'est limitée à opposer son appréciation à celle du Dr I_____, sans expliquer en quoi ce médecin aurait erré dans ses diagnostics et son

A/1979/2018 - 29/34 - appréciation de la capacité de travail, ce qui n'est pas suffisant pour remettre en question la valeur probante de l'expertise. d. Les mêmes observations peuvent

être faites au sujet du rapport de l'expert rhumatologue, le Dr H_____. Dans son recours, l'assurée considère que le rapport de cet expert ne peut se voir reconnaître une quelconque valeur probante, pour les motifs suivants : d'une part, l'examinateur déclare que la recourante serait capable de descendre deux étages d'escaliers sans s'aider de la rampe, ce qu'elle conteste ; d'autre part, que ce rapport contiendrait des contradictions : et pour illustrer son propos, elle oppose le fait que d'un côté les experts considèrent que l'intéressée serait, tant du point de vue rhumatologique que psychiatrique capable de travailler à 100 % dans son activité antérieure, sans diminution de rendement supérieure à 10%, et oppose à cette conclusion le fait que les experts arrivent à la même conclusion, par rapport à une activité proposée par les EPI ; ce qui, pour elle, signifierait qu'elle disposerait d'une pleine capacité de travail, avec diminution de rendement jusqu'à 10 %, pour autant que cette activité se développe dans le cadre d'un atelier protégé, puisque, selon elle, ce sont précisément le type d'activités que proposent les EPI ; elle en déduit dès lors que cette considération exclurait une capacité de travail dans le premier marché de l'emploi, ce qui devrait conduire à la reconnaissance d'une incapacité totale de travail. Il convient tout d'abord d'observer que l'expert n'a retenu aucun diagnostic rhumatologique formel ayant des conséquences sur la CT, mais a retenu à cet égard un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique caractérisé par une diminution du seuil de tolérance à la douleur, considération dont il s'est expliqué dans son rapport, notamment en retenant une certaine discordance entre les plaintes de l'assurée et l'impotence fonctionnelle qu'elle décrit dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle dans le cadre des examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'à ce jour. Selon l'expert, l'examen (clinique) frappe par la présence de 18/18 points d'insertion douloureux récurrents et 3/5 signes de non organicité de Waddell, faisant précisément évoquer la présence d'une diminution du seuil de tolérance à la douleur avec phénomène d'amplification, seules les douleurs, facteur subjectif et propre à chaque individu sont, à son avis, imputables à cette diminution du seuil de tolérance, avec douleurs polyinsertionnelles qui se sont cristallisées et étendues en taches d'huile, appréciation qui selon lui s'apparente à celles des médecins traitants de l'expertisée, les Dresses C_____ et E_____. L'expert a par ailleurs retenu des diagnostics sans répercussion sur la CT, soit : des cervico-dorso-lombalgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, sans signes de discopathie significative ; omalgies bilatérales sans signes de conflits ou de tendinopathie ; tabagisme chronique ; surcharge pondérale ; dysplasie de la hanche gauche. D'où les conclusions auxquelles il parvient en termes de CT (100 % dans l'activité exercée jusqu'ici, tant sur le plan strictement rhumatologique qu'après concertation avec l'expert psychiatre). En ce qui concerne la diminution des capacités fonctionnelles dues à la

A/1979/2018 - 30/34 - santé, l'expert a observé qu'elle réside essentiellement dans le vécu douloureux chronique, surtout au niveau rachidien mais également au niveau des épaules. Dans ce contexte, il considère qu'il n'y a pas de limitations fonctionnelles à proprement parler, vu l'absence de diagnostic invalidant. Cependant, il estime qu'il serait opportun que l'assurée puisse bénéficier d'une activité avec alternance de positions et limitation des ports de charges répétitifs de plus de 5 à 10 kg, ainsi que les mouvements répétitifs de flexion-extension de la colonne cervicale et les positions immobiles, tant debout qu'assise de plus de deux heures, ce qui est compatible avec l'activité exercée antérieurement. En ce qui concerne la première critique, soit celle relative à la constatation de sa capacité à descendre deux étages d'escaliers sans aide de la rampe, lorsqu'elle a été entendue par la chambre de céans, la recourante a tout d'abord confirmé que l'examen rhumatologique

s'était bien passé ; elle était restée environ quatre heures dans le cabinet de l'expert qui l'avait examinée de manière approfondie et qui lui avait fait passer des examens complémentaires. Elle a confirmé avoir pris connaissance de ce rapport, et ne se souvenait que d'une remarque à faire : il s'agissait précisément de la question de sa capacité à descendre les escaliers. Dans son souvenir, elle avait demandé à l'assistante de l'expert de prendre l'ascenseur plutôt que de descendre à pied ; l'intéressée lui avait répondu qu'il était préférable de prendre les escaliers car l'ascenseur tombait fréquemment en panne. Elle n'avait pas cherché à comprendre et l'avait suivie, « même si je connais les douleurs que je ressens à l'intérieur, les souffrances endurées ». Elle ne se souvenait pas si elle avait descendu un ou deux étages. Elle n'a toutefois nullement prétendu avoir eu de la peine à descendre les escaliers, ni même avoir dû, - contrairement à ce que le rapport d'expertise mentionne -, s'aider de la rampe. On ne saurait dans ces circonstances considérer cette objection comme un indice de manque d'objectivité de l'expert, dont, par ailleurs, la recourante ne se plaint pas. S'agissant de la seconde critique, laquelle émane plus du conseil de la recourante que d'elle-même, et selon laquelle ce rapport contiendrait des contradictions, on ne saurait suivre la recourante à cet égard. De façon générale en effet, il n'est pas en soi contradictoire que les experts aient pu conclure à une pleine capacité de travail de l'expertisée, le cas échéant avec une diminution de rendement n'excédant pas 10 %, ceci, tant dans l'activité habituelle déployée, que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. Si les experts ont eu en effet cure de répondre à chacune des questions posées, ils auraient pu, sans faillir à leur mission, considérer que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail avec une diminution de rendement de 10 % au maximum, ceci dans toute activité, et ceci dans la mesure où, - comme ceci est le cas en l'espèce -, selon les constatations de l'expert rhumatologue, l'ancienne activité habituelle déployée, dans l'horlogerie, constituait d'ores et déjà une activité adaptée aux restrictions imposées par son état de santé au moment de l'expertise. Pour illustrer ce qui pourrait constituer une activité adaptée, les experts ont fait référence aux activités envisagées par les A/1979/2018 - 31/34 - EPI (dans leur rapport du 25 avril 2014). Or à cet égard, le conseil de la recourante croit pouvoir en déduire que si les experts se fondaient sur le type d'activité proposée par les EPI, il ne pouvait s'agir que d'activités déployées dans le cadre d'un atelier protégé, et par conséquent hors du circuit économique ordinaire ; ceci pour en déduire que dans ces conditions, on devrait admettre que la recourante serait totalement incapable de travailler dans le premier marché du travail. Il ne saurait être suivi. Il se méprend en effet sur le rôle et les attributions des EPI, qui ne se limitent pas à proposer aux personnes handicapées qui s'adressent à eux, ou qui lui sont envoyées, des activités dans des ateliers protégés. À Genève, les EPI sont en effet régis par la loi sur l'intégration des personnes handicapées du 16 mai 2003 (LIPH – K 1 36). Si ces établissements ont certes pour but l'intégration et la réinsertion professionnelle des personnes handicapées, l'augmentation de leur autonomie et l'amélioration de leurs conditions de vie, en tenant compte de leurs besoins particuliers (art. 29 LIPH), ces établissements de droit public (art. 28 LIPH) ont également des attributions dans le domaine de l'intégration professionnelle des personnes handicapées, et ont à ce titre pour vocation de se voir confier des mandats d'observation et d'orientation professionnelle, d'observation médicale, formation professionnelle, mise à niveau, reclassement professionnel etc. au sens de l'art. 30 al. 1 LIPH et mettent également en œuvre des mesures de réadaptation au sens de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité ; ils peuvent également procéder aux observations, évaluations ou expertises permettant d'évaluer la capacité d'intégration professionnelle au sens des alinéas 2 et 4 de cette

disposition. À ce titre, ils interviennent en tant que Centre d'observation professionnelle (COPAI) au sens des art. 59 al. 3 OAI et 69 al. 2 RAI. En l'espèce, et ainsi que cela ressort du rapport de synthèse du chef de secteur des EPI à l'OAI du 25 avril 2014 (DOC 38, dossier intimé), cet organisme a été mandaté dans le cadre de la procédure de détection précoce au sens de l'art. 7d LAI. Dans ce contexte et au terme de leur observation, les EPI ont proposé que l'assurée, si elle en avait le droit et en exprimait la volonté, puisse reprendre en douceur une activité, par le biais d'une mesure de réinsertion, pour accroître son endurance psychique et physique pour maintenir une certaine structure journalière et professionnelle ; pour ensuite exercer un travail à temps partiel dans la maroquinerie ou dans l'horlogerie pas trop fine, le temps qu'elle reprenne une assise solide dans le monde professionnel. Ceci dit et quoi qu'il en soit, on rappellera dans la mesure utile, qu'en cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la

A/1979/2018 - 32/34 - collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge – conformément au principe de la libre appréciation des preuves – de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n°6 p. 17 ; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1). Enfin, la Dresse E_____, dans son rapport médical du 8 juillet 2019 (comme dans ses rapports précédents), n'a nullement critiqué le rapport d'expertise de son confrère rhumatologue ; elle n'a pas mis en évidence d'éléments objectivement démontrables, dont l'expert n'aurait pas tenu compte dans son appréciation, et qui seraient susceptibles de susciter le moindre doute sur l'objectivité ou la fiabilité des conclusions de l'expert. Elle ne fait en effet que rappeler des éléments qu'elle avait déjà évoqués précédemment. Son appréciation répercute en effet substantiellement les plaintes subjectives de la patiente, remarquant notamment que du point de vue fonctionnel, la patiente se présente « presque handicapée par ses douleurs », avec des limitations sur les activités quotidiennes : difficulté à faire le ménage toute seule, ainsi que les courses ; pas d'aide au domicile ni réseau familial à qui demander un soutien ; la marche à pied est possible avec beaucoup de difficultés, pour moins de vingt minutes (mais pas tous les jours), à cause des douleurs de la colonne et de myalgies diffuses aux membres inférieurs ; elle n'arrive plus à conduire la voiture à cause des douleurs musculaires aux jambes et des difficultés de concentration ; il est impossible qu'elle reste les bras levés au-dessus de la tête ; s'accroupir est presque

impossible ; rester sur les genoux aussi. Comme l'a relevé le SMR, la rhumatologue traitante rapporte un status similaire à celui du Dr H_____, et retient comme l'expert un diagnostic de fibromyalgie (à ceci près, il est vrai qu'il a discuté de ce diagnostic, mais retenu des motifs d'exclusion). Les limitations rapportées par la rhumatologue traitante sont subjectives, essentiellement basées sur les plaintes de l'assurée. Il n'y a pas de socle somatique pouvant expliquer ces limitations. Le SMR rappelle que l'expert avait retenu comme limitations fonctionnelles l'alternance des positions assise et debout, et de limiter les ports de charges répétitifs en porte-à-faux de plus de 5 à 10 kg. Ceci est compatible avec l'activité habituelle de l'assurée. Comme la psychiatre traitante, la Dresse E_____ s'est limitée à opposer son appréciation à celle du Dr H_____, sans expliquer en quoi ce médecin aurait erré

A/1979/2018 - 33/34 - dans ses diagnostics et son appréciation de la capacité de travail, ce qui n'est pas suffisant pour remettre en question la valeur probante de l'expertise. Dans le cas d'espèce, et comme indiqué précédemment, le rapport d'expertise litigieux peut ainsi se voir reconnaître une pleine valeur probante, de sorte qu'il n'y a pas lieu de procéder à une instruction médicale complémentaire notamment sous forme d'expertise, comme le souhaiterait la recourante. Ainsi, la décision entreprise ne saurait être remise en cause, en tant qu'elle se fonde essentiellement sur le rapport d'expertise bi-disciplinaire que la chambre de céans lui avait prescrit de mettre en place dans son précédent arrêt.

E. 6

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, mentale ou psychique 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).

E. 7

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.

E. 8

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. 28 al. 2 LAI).

E. 9

a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les

A/1979/2018 - 19/34 - 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). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2). Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5). 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 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. Selon la jurisprudence applicable jusqu'ici, un syndrome de dépendance primaire à des substances psychotropes (dont l'alcool) ne pouvait conduire à une invalidité au sens de la loi que s'il engendrait une maladie ou occasionnait un accident ou s'il résultait lui-même d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie. Cette jurisprudence reposait sur la prémisse que la personne souffrant de dépendance avait provoqué elle-même fautivement cet état et qu'elle aurait pu, en faisant preuve de diligence, se rendre compte suffisamment tôt des conséquences néfastes de son addiction et effectuer un sevrage ou à tout le moins entreprendre une thérapie par (cf. notamment ATF 124 V 265 consid. 3c).

A/1979/2018 - 20/34 - Dans un arrêt du 11 juillet 2019 (ATF 145 V 215), le Tribunal fédéral est parvenu à la conclusion que sa pratique en matière de syndrome de dépendance ne peut plus être maintenue. D'un point de vue médical, les syndromes de dépendance et les troubles liés à la consommation de substances diagnostiqués lege artis par un spécialiste doivent également être considérés comme des atteintes (psychiques) à la santé significatives au sens du droit de l'assurance invalidité (consid. 5.3.3 et 6). Par conséquent, il s'agit, comme pour tous les autres troubles psychiques, de déterminer selon une grille d'évaluation normative et structurée (à cet égard, ATF 141 V 281) si, et le cas échéant, dans quelle mesure un syndrome de dépendance diagnostiqué par un spécialiste influence dans le cas concret la capacité de travail de l'assuré. La gravité de la dépendance dans un cas particulier

peut et doit être prise en compte dans la procédure de preuve structurée (consid. 6.3). Ceci est d'autant plus important que dans le cas des troubles de la dépendance – comme dans celui d'autres troubles psychiques – il y a souvent un mélange de troubles ayant valeur de maladie ainsi que de facteurs psychosociaux et socio-culturels. L'obligation de diminuer le dommage (art. 7 LAI) s'applique également en cas de syndrome de dépendance, de sorte que l'assuré peut être tenu de participer activement à un traitement médical raisonnablement exigible (art. 7 al. 2 let. d LAI). S'il ne respecte pas son obligation de diminuer le dommage, mais qu'il maintient délibérément son état pathologique, l'art. 7b al. 1 LAI en liaison avec l'art. 21 al. 4 LPGA permet le refus ou la réduction des prestations (consid 5.3.1). b. La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes : Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3), Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1) Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3). Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2)

A/1979/2018 - 21/34 - Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3) Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4) Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2). Le « complexe personnalité » englobe à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : autoperception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation ; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas

concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). c. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une telle évaluation si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va notamment ainsi 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). d. Le diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) 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. Il 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

A/1979/2018 - 22/34 - 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). L'organe chargé de l'application du droit doit avant de procéder à l'examen des indicateurs mentionnés analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2). L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a).

E. 10

Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible. En particulier, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du

E. 12

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan

A/1979/2018 - 25/34 - psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

E. 13

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 14

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 15

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). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il

A/1979/2018 - 26/34 - est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 16

a. En l'espèce, la décision entreprise se fonde sur le rapport de l'expertise bi- disciplinaire diligentée conformément aux motifs pour lesquels la chambre de céans avait renvoyé la cause à l'intimé pour la mise en œuvre d'une expertise rhumato- psychiatrique. La recourante fait précisément grief à l'intimé d'avoir rejeté sa demande de prestations, en se fondant sur les conclusions de cette expertise, estimant pour sa part qu'on ne peut lui reconnaître une valeur probante, notamment en raison du fait que, selon elle, l'expert psychiatre aurait indiqué qu'à sa connaissance l'assurée n'avait jamais fait de tentative de suicide, ce qu'elle affirme être faux, dès lors qu'elle a été hospitalisée à Belle-Idée en novembre 2016, pour mise à l'abri d'idées suicidaires, ceci en accord avec son psychiatre traitant (rapport du 16 janvier 2017), avec lequel l'expert avait eu contact pour l'établissement de son rapport d'expertise. Les autres griefs que la recourante formule à l'encontre des rapports d'expertise des Drs I_____ et H_____ seront repris dans la mesure utile ci-après. Il s'agit en effet à ce stade de déterminer si les rapports des experts peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante au sens des exigences de la jurisprudence rappelée précédemment. b. En l'occurrence, la chambre de céans estime que tant le rapport d'expertise psychiatrique que celui de l'expertise rhumatologique ont pleine valeur probante. Ils ont tous deux été établis par des spécialistes reconnus, lesquels se sont tous deux basés sur une pleine connaissance du dossier, ayant procédé à une anamnèse complète, ayant pris en compte les plaintes de l'assurée, recueilli tous éléments complémentaires qui leur paraissaient nécessaires (notamment en ce qui concerne, le rhumatologue, en procédant à des examens d'imagerie complémentaires, et en ce qui concerne le psychiatre, en interpellant la psychiatre traitante et en lui posant des questions auxquelles elle a répondu, et en procédant à des analyses de laboratoire complémentaires) ; ils ont également procédé personnellement à l'examen clinique de l'expertisée, dans le cadre duquel ils ont établi des anamnèses complètes, relevé les constatations objectives ressortant de leur examen ; ils se sont prononcés sur les diagnostics qu'ils retenaient ou ne retenaient pas, au terme d'une discussion motivée aboutissant à des conclusions convaincantes, exempte de contradictions. Ils ont en outre discuté du cas dans le cadre d'un consilium leur permettant ainsi, de répondre à toutes les questions posées dans le cadre de leur mission (ATF 134 V 231 consid.

E. 17

Au vu de ce qui précède, le recours, entièrement mal fondé, sera rejeté. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-. * * * * *

A/1979/2018 - 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.