

GE_GERICHTE ATAS/579/2018 vom 26. Juni 2018

GE Cour de justice, 2018-06-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_579_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/579/2018 du 26 juin 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/579/2018 del 26 giugno 2018

Erwägungen

E. 1

La recevabilité du recours ainsi que le droit applicable ont déjà été examinés dans l'arrêt de la chambre de céans du 29 novembre 2012.

- 14/21-

A/3009/2009

E. 2

Le litige porte sur le point de savoir si l'état de santé de la recourante s'est aggravé depuis la décision sur opposition du 16 février 2006 au point d'influer sur son droit à une rente d'invalidité.

E. 3

a. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.20). Il en va de même lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance (art. 87 al. 3 RAI). 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 (ATF 125 V 410 consid. 2b). b. Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est

resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de

- 15/21-

A/3009/2009 l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Arrêt du Tribunal fédéral I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1 et les références).

E. 4

a. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. b. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; Arrêt du Tribunal fédéral I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou

- 16/21-

A/3009/2009 leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (Arrêt du Tribunal fédéral I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 135 V 65 consid. 4.2.2 ; Arrêt du Tribunal fédéral 9C_387/2009 du 5 octobre 2009 consid. 3.2). Il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (Arrêt du Tribunal fédéral I 497/04 du 12 septembre 2005 consid. 5.1). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (Arrêt du Tribunal fédéral I 590/05 du 27 février 2007 consid. 3.1). A l'inverse, 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

- 17/21-

A/3009/2009 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).

E. 5

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et

pour quelles activités l'assuré est 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 consid. 2). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 ; ATF 122 V 157 consid. 1c).

E. 6

En l'espèce, il est rappelé que le Tribunal fédéral a dénié toute valeur probante au rapport d'expertise rendu par les Drs I_____ et J_____, auxquels il a reproché de ne pas expliquer pour quelles raisons les limitations fonctionnelles retenues, que ce soit d'un point de vue somatique ou psychique, ne laisseraient subsister aucune capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. De même, il a estimé que les observations cliniques rapportées par l'expert psychiatre étaient « ténues » et ne permettaient pas de comprendre, en l'absence d'explications précises, les diagnostics retenus. Il a souligné que « plus généralement, les conclusions finales

- 18/21-

A/3009/2009 auxquelles aboutissent les experts ne procèdent pas d'une discussion générale, où auraient été intégrés, dans une analyse globale cohérente, les renseignements issus du dossier (dont font partie les expertises du COMAI de Genolier et de la doctoresse H_____), l'anamnèse, les indications subjectives et l'observation clinique ».

E. 7

Après moultes péripéties, par ordonnance du 11 février 2015, la chambre de céans a confié la mission d'expertise aux Drs L_____ et N_____. L'expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique a été établie le 1er mars 2016.

E. 8

Dans ses écritures du 14 avril 2016, l'assurée a conclu, préalablement, à ce que soit ordonné un complément d'expertise bidisciplinaire aux fins d'évaluer son incapacité de travail conformément à la nouvelle jurisprudence relative au trouble somatoforme, au fond, à ce que la décision du 18 juin 2009 soit annulée et à ce qu'il lui soit alloué une rente entière d'invalidité dès le 1er septembre 2005. Le 3 mai 2016, l'OAI s'est également déterminé. Il considère que le rapport d'expertise rédigé par le Dr L_____ ne peut pas se voir reconnaître valeur probante, au motif qu'il n'a pas suffisamment motivé la date d'aggravation éventuelle qu'il a retenue et constatant que si la date à retenir est bien septembre 2011, elle

serait dans ce cas largement postérieure à juin 2009, date à laquelle la décision litigieuse a été rendue et moment déterminant pour l'appréciation des faits. Il relève également que l'expert n'a à aucun moment examiné les nouveaux indicateurs fixés par le Tribunal fédéral s'agissant de la détermination du caractère éventuellement invalidant d'un trouble somatoforme douloureux. Il conclut dès lors à la mise sur pied d'un complément d'instruction.

E. 9

La chambre de céans a adressé une demande de complément d'expertise au Dr L_____ le 5 septembre 2016 et lui a imparti un délai au 31 octobre 2016 pour ce faire. Après avoir vainement tenté d'obtenir de celui-ci qu'il transmette le complément d'expertise requis, la chambre de céans a finalement informé les parties qu'elle entendait confier le soin de réaliser une expertise au docteur P_____, spécialiste FMH en psychiatrie.

E. 10

Il va de soi que la mission confiée au Dr P_____, qui prendra connaissance du dossier pour la première fois, ne pourrait se limiter à compléter l'expertise du Dr L_____, de sorte qu'il lui sera demandé de réaliser une nouvelle expertise psychiatrique. ***

- 19/21-

A/3009/2009 PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise psychiatrique, étant rappelé que le Dr N_____ a déjà rendu son expertise le 1er mars 2016. 2. Commet à ces fins le Dr P_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. 3. Dit que la mission d'expertise est la suivante : 1. Prendre connaissance du dossier de l'intimé ainsi que du dossier de la présente procédure ; 2. Prendre tous les renseignements auprès des médecins ayant traité la recourante ; 3. Examiner et entendre la recourante, après s'être entourés de tous les éléments utiles, dont l'avis de tiers si nécessaire ; 4. Ordonner au besoin d'autres examens. 4. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes : 1. Anamnèse. 2. Données subjectives de la personne. 3. Constatations objectives. 4. Diagnostic(s). a) La recourante souffre-t-elle de troubles psychiques? Si oui, lesquels et depuis quand? b) Quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci, le cas échéant (faible, moyen, grave) ? c) Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle selon le DSM IV ou la CIM-10 ? d) Quelles sont les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic ? e) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?

- 20/21-

A/3009/2009 f) Mentionner, pour chaque diagnostic posé, puis globalement, les conséquences sur la capacité de travail, en pourcent. I. a) Comment l'état de santé a-t-il évolué depuis février 2006, date à laquelle la décision sur opposition supprimant la rente d'invalidité a été rendue ? Au cas où l'état de santé s'était aggravé de façon durable depuis lors : b) Quelles sont les atteintes avec répercussion sur la capacité de travail ? c) Quelles sont les atteintes sans répercussion sur la capacité de travail ? d) Le cas échéant, comment l'incapacité de travail justifiée par une atteinte incapacitante au sens de l'AI a-t-elle évolué dans l'activité habituelle / ou le champ de formation (date et taux précis) ? e) Comment les capacités de travail justifiées médicalement dans l'activité habituelle, respectivement dans une activité adaptée, ont-elles évolué en parallèle depuis lors ? II. Si un trouble

somatoforme douloureux est retenu par l'expert psychiatre : a) Le trouble somatoforme douloureux diagnostiqué s'inscrit-il dans un contexte de conflit émotionnel ou de problèmes psychosociaux ? b) Quelle est la gravité des atteintes ? Le degré permettant de poser le diagnostic est-il juste atteint, dépassé ou largement dépassé ? c) Quelles sont les répercussions fonctionnelles sur l'ensemble des aspects de la vie quotidienne et du travail ? d) De quelle manière le trouble et les répercussions fonctionnelles évoluent-ils en termes de gravité ? Une détérioration de l'état de santé étant possible depuis 2009, préciser l'évolution de celle-ci dans le temps. e) L'expertisée bénéficie-t-elle d'un traitement approprié en fonction de l'état des connaissances médicales ? Quel est le succès de ce traitement ? La compliance est-elle bonne (procéder à un monitoring médicamenteux) ? f) Dans l'hypothèse où la compliance de l'expertisée ne serait pas bonne, cette dernière présente-t-elle des signes d'anosognosie ? g) Quelle est la structure de la personnalité de l'expertisée et les éventuels troubles de la personnalité ? h) Décèle-t-on des circonstances indiquant une exagération de la part de l'expertisée ? Cas échéant, lesquelles ? Une éventuelle exagération est-elle à mettre en lien avec une incapacité de l'expertisée à reconnaître sa maladie.

- 21/21-

A/3009/2009 i) Le comportement de l'expertisée est-il globalement cohérent ? En particulier, sa demande en termes de thérapies et sa coopération est-elle en adéquation avec l'étendue des souffrances ? j) D'une manière globale, l'expertisée dispose-t-elle de ressources suffisantes pour surmonter son affection ? Veuillez expliquer et motiver votre réponse. Au terme d'un consilium avec le Dr N____ a) Déterminer la capacité de travail globale de la recourante dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée ? b) Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant. c) Dire quelles sont les limitations fonctionnelles de la recourante. d) Dire dans quelle mesure une activité lucrative tenant compte des limitations fonctionnelles est raisonnablement exigible de la recourante, et dans ce cas dans quel domaine, depuis quand et avec quel rendement. e) Evaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle. f) Indiquer si la capacité de travail peut être améliorée par des mesures médicales, et le cas échéant lesquelles. g) Commenter et discuter les avis médicaux du SMR, des experts s'étant déjà prononcés et des médecins-traitants, et indiquer pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés. Prendre position quant aux constatations et conclusions des Drs E____ et F____, celles de la Dresse H____. h) Formuler un pronostic global. i) Toute remarque utile et proposition des experts. 5. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans. 6. Réserve le fond.

La greffière

Nathalie LOCHER

La présidente

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le

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