

GE_GERICHTE ATAS/733/2021 vom 30. Juni 2021

GE Cour de justice, 2021-06-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_733_2021

FR: GE_GERICHTE ATAS/733/2021 du 30 juin 2021

IT: GE_GERICHTE ATAS/733/2021 del 30 giugno 2021

Erwägungen

E. 1

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

A/3171/2019 - 19/34 - 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

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 forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 4

Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à rejeter la nouvelle demande de prestations de la recourante, singulièrement si une aggravation de son état de santé s'est produite entre le 28 mai 2010 et le 27 juin 2019, dates de la première, respectivement de la seconde décision de refus de prestations.

E. 4.1

Avec répercussion sur la capacité de travail

E. 4.1.1

Dates d'apparition

E. 4.2

Sans répercussion sur la capacité de travail

E. 4.2.1

Dates d'apparition

E. 4.3

L'état de santé s'est-il aggravé depuis le 28 mai 2010, date de la dernière décision de l'office AI de Bâle-Campagne et dans quelle mesure ? 5. Limitations fonctionnelles

E. 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 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 entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées). 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 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 108 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). b. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, 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 et

A/3171/2019 - 20/34 - comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_412/2010 du 22 février 2011 consid. 3).

E. 5.1

Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic.

E. 5.1.1

Dates d'apparition

E. 5.2

Les plaintes sont-elles objectivées ? 6. Cohérence

E. 6

a. L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propres 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 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). b. 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 cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1). Si l'administration constate que les 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) 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 109 V 114 consid. 2a et b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_721/2014 du 16 juin 2015 consid. 3.1).

A/3171/2019 - 21/34 -

E. 6.1

Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

E. 6.2

Est-ce que ce qui est connu de l'évolution, en particulier depuis le 28 mai 2010, correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

A/3171/2019 - 32/34 -

E. 6.3

Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu de ses activités et de sa vie quotidienne ?

E. 6.4

Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ? 7. Personnalité (concerne l'expert psychiatre uniquement)

E. 7

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 des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

E. 7.1

Est-ce que la personne expertisée présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence ? Si oui, lequel ?

E. 7.2

Est-ce que la personne expertisée présente des traits de personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ? Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de la personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ?

E. 7.3

La personne expertisée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ? 8. Ressources (concerne l'expert psychiatre uniquement)

E. 8

a. 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 *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations

d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de

A/3171/2019 - 22/34 - 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). 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). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. b. Dans un arrêt 9C_492/2014 du 3 juin 2015, publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65; ATF 131 V 49; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre 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). c. Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, 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.

E. 8.1

Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur les plans :

- a) psychique
- b) mental
- c) social
- d) familial 9. Capacité de travail

E. 9

S'agissant des indicateurs développés par le Tribunal fédéral (ATF 141 V 281), ils concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. Ils sont classés comme suit : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les

déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3). A. Axe « atteinte à la santé »

A/3171/2019 - 23/34 - 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1). 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé de manière optimale sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2). 3. Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que

A/3171/2019 - 24/34 - facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). À l'ATF 143 V 418, le Tribunal fédéral a examiné dans quelle mesure des troubles psychiques en tant que comorbidités d'un TSD, doivent être pris en considération pour examiner le caractère invalidant du TSD. Il a précisé que même si ces troubles psychiques, pris séparément, ne sont pas invalidants en application de la nouvelle jurisprudence publiée aux ATF 141 V 281, ils sont pertinents dans l'appréciation globale de la capacité de travail d'une personne atteinte d'un TSD. En effet, cette appréciation doit tenir compte des effets réciproques des

différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources.

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non

A/3171/2019 - 25/34 - seulement aux limitations, mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine)

E. 9.1

La personne expertisée est-elle capable d'exercer son ancienne activité d'aide-comptable ?

E. 9.1.1

Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

E. 9.1.2

Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite/nulle ?

E. 9.1.3

Veillez préciser si dans l'ancienne activité d'aide-comptable, le taux d'incapacité de travail et/ou le rendement se sont modifiés depuis le 28 mai 2010, date de la dernière décision de l'office AI de Bâle-Campagne entrée en force et dans quelle mesure, en précisant sur quels éléments se fonde votre réponse.

E. 9.2

La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?

A/3171/2019 - 33/34 -

E. 9.2.1

Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

E. 9.2.2

Si oui, quelle activité lucrative ? À quel taux ? Depuis quelle date ?

E. 9.2.3

Veillez préciser si le taux d'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée et/ou le rendement dans une telle activité se sont modifiés depuis le 28 mai 2010, date de la dernière décision de l'office AI de Bâle-Campagne entrée en force et dans quelle mesure, en précisant sur quels éléments se fonde votre réponse.

E. 9.3

Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui lesquelles ? 10. Traitement

E. 10

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 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 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En

cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points

A/3171/2019 - 26/34 - 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). c. 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. c/aa. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). c/bb. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). c/cc. 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 justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

A/3171/2019 - 27/34 -

E. 10.1

Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

E. 10.2

Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

E. 10.3

Quelle est la compliance de la personne expertisée au traitement médical et médicamenteux ? Confirmer la compliance médicamenteuse avec un dosage sanguin. 11. Appréciation d'avis médicaux du dossier

E. 11

a. 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). Il n'existe 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). b. 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 lorsqu'il apparaît nécessaire d'élucider une question demeurée non instruite jusque-là ou qu'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. 11.1

Êtes-vous d'accord avec le rapport d'expertise bi-disciplinaire du BEM- Vevey du 10 décembre 2018 ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation d'une capacité de travail totale dans l'activité d'aide-comptable comme dans toute activité adaptée ? Si non pourquoi ?

E. 11.2

Êtes-vous d'accord avec les avis des médecins traitants (Drs T_____, U_____, Q_____, K_____ et P_____) ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail diminuée voire nulle ? Si non, pourquoi ? 12. Quel est le pronostic ?

E. 12

En l'espèce, il convient de comparer la situation telle qu'elle se présentait lors de la décision du 28 mai 2010 avec celle existant au moment de la décision du 27 juin 2019 pour apprécier le bien-fondé d'une éventuelle révision opérée en application de l'art. 17 LPGA. La décision du 28 mai 2010 se fondait sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire de l'ABI du 15 mai 2009, aux termes duquel la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans toute activité adaptée – légère jusqu'à moyennement légère par intermittence – était de 80 % depuis le jour de l'accident, avec la possibilité d'une majoration du taux d'activité à 100 % au cours des mois à venir moyennant le suivi d'une thérapie adéquate – physiothérapie avec exercices à domicile pour le syndrome cervical, complétés par un suivi neurologique pour les céphalées. Sur la base de ces éléments, l'office AI du canton de Bâle-Campagne avait considéré que

A/3171/2019 - 28/34 - l'exercice d'une activité adaptée était exigible à 80 % et que le degré d'invalidité s'élevait à 20 % en 2004. À la suite de la nouvelle demande déposée le 20 avril 2015, plus précisément de l'avis du 18 mars 2016, dans lequel le SMR estimait que l'aggravation des cervicalgies chroniques post AVP (ayant motivé une hospitalisation aux HUG du 9 au 13 novembre 2015), ainsi que le bilan IRM du 5 février 2016, rendaient plausible l'aggravation de l'état de santé de la recourante, l'intimé a ordonné une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique dans laquelle les expertes du BEM-Vevey ont estimé que neuf ans après les clichés de 2005, ceux de 2014, complétés d'IRM, ne permettaient pas d'admettre l'évolution d'une discarthrose érosive, congestive ou compressive qui aurait menacé les structures adjacentes, de sorte qu'il n'y avait pas d'argument probant pour attester d'une aggravation significative de l'état de santé somatique de la recourante depuis l'expertise de l'ABI du 15 mai 2009 sur laquelle se fondait la décision du 28 mai 2010 (expertise, p. 60). D'un point de vue psychiatrique, le fait d'évoquer d'autres sujets que les algies et de « se montrer alors souriante et tonique » (expertise, p. 77) infirmait un syndrome douloureux somatoforme persistant – les personnes souffrant de ce trouble présentant une humeur constamment abaissée et un discours tournant essentiellement autour des algies – mais correspondait à une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques à laquelle s'ajoutaient des traits histrioniques et narcissiques de la personnalité, sans que l'on puisse retenir un trouble de la personnalité. Par ailleurs, les recherches pour un trouble anxieux, une anxiété généralisée, des attaques de panique, un état de stress post-traumatique, un trouble affectif bipolaire ou une psychose s'étaient révélées négatives. Enfin, l'échelle de dépression de Hamilton effectuée le jour de l'expertise (6 novembre 2018) montrait un score de 11 points, lequel était insuffisant pour retenir un épisode dépressif même léger. Si d'un point de vue somatique, les rapports versés au dossier après le rapport d'expertise du BEM-Vevey du 10 décembre 2018 ne font pas état de changements dans les diagnostics, il n'en va pas de même d'un point de vue psychiatrique, compte tenu des soins ambulatoires intensifs prodigués par le CAPPI Eaux-Vives depuis le 15 mai 2019 en raison d'une péjoration anxio-dépressive atteignant, selon le rapport du 10 juillet 2019 de la Dresse T_____, l'intensité d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), ainsi qu'un syndrome somatoforme douloureux actuellement aggravé, compte tenu de la péjoration de l'état psychique (dossier AI, doc. 226, pp. 782-783). Dans son avis du 23 septembre 2019, le SMR objecte certes qu'au terme de l'intervention ambulatoire du CAPPI – qui a pris fin le 17 juillet 2019 –, le second rapport de la Dresse T_____, du 8 août 2019, fait état d'une évolution favorable, de sorte qu'il n'y aurait eu, selon le SMR, qu'une aggravation temporaire de l'état psychique qui ne modifierait donc pas ses conclusions du 19 décembre 2018 (capacité de travail

entière dans l'ancienne activité d'aide-comptable et dans toute

A/3171/2019 - 29/34 - activité adaptée aux limitations fonctionnelles de son rachis). Quoi qu'il en soit, la chambre de céans ne saurait se fonder sur l'avis du SMR du 23 septembre 2019 dont l'auteur, la Dresse V_____ n'est pas spécialiste en psychiatrie (cf.

<https://www.medregom.admin.ch/FR>). Par ailleurs, l'appréciation de cette dernière, selon laquelle l'aggravation de l'état psychique n'aurait été ni notable ni durable repose sur des bases pour le moins ténues. À cet égard, l'intimé rappelle certes (à juste titre) que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue et que les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Cela étant, le rapport du 10 juillet 2019 de la Dresse T_____ fait remonter l'état dépressif sévère et les douleurs chroniques à caractère post-traumatique invalidant au 15 mai 2019, date du début de l'intervention ambulatoire du CAPPI, de sorte que l'aggravation indiquée est antérieure à la décision litigieuse (27 juin 2019). Quant à la situation postérieure à cette dernière, elle a été marquée, dans un premier temps, par la fin de l'intervention ambulatoire du CAPPI (17 juillet 2019) et, dans un second temps, par le début du programme du CAPPI, « orienté sur le rétablissement », le 23 juillet 2019.

Cependant, dans la mesure où pour la situation postérieure au 23 juillet 2019, la Dresse U_____ faisait toujours état, le 13 novembre 2019, de signes cliniques psychiatriques et cognitifs compatibles avec un état dépressif sévère sans symptôme psychotique et d'une maladie psychiatrique semblant actuellement se chroniciser et durer dans le temps, on ne saurait suivre la Dresse V_____ en tant qu'elle affirme, le 23 septembre 2019, que l'aggravation ne serait ni notable ni durable et qu'ainsi les conclusions du SMR du 19 décembre 2018, elles-mêmes calquées sur le rapport d'expertise du BEM-Vevey, seraient toujours valables. Force est au contraire de constater que le volet psychiatrique de cette expertise ne tient pas compte de l'aggravation décrite par les deux médecins du CAPPI et qu'en conséquence, la chambre de céans ne saurait se fonder sur les conclusions de l'experte psychiatre S_____. Quant au volet rhumatologique du même rapport d'expertise, ce ne sont certes pas des rapports médicaux postérieurs à celui-ci qui remettent en question sa valeur probante, mais les contradictions qu'il comporte. En effet, dans son analyse de la cervicarthrose sans radiculopathie ni myélopathie, l'experte rhumatologue R_____ indique que « l'exigibilité dans un travail adapté reste de 80 % tout comme cela avait été déterminé lors de l'expertise de 2009 » (expertise, p. 31 et 33), alors qu'elle retient un peu plus loin que « dans une activité légère, principalement sédentaire, mais permettant des changements de positions, comme son activité d'aide-comptable le lui permettait [...], la capacité de travail [lui] apparaît totale, sous réserve d'une diminution de rendement « de 20 % inhérente aux épisodes plus aigus » (expertise, p. 60). Bien que l'experte n'explique pas ce qu'il faut comprendre par « épisodes plus aigus », force est toutefois de constater que la justification avancée à l'appui de cette diminution de rendement est assortie d'explications qui tantôt en élargissent, tantôt en restreignent le champ. Ainsi, sous

A/3171/2019 - 30/34 - le ch. 5.5.1, la Dresse R_____ admet que même si l'activité habituelle d'aide-comptable est adaptée (car elle est sédentaire et offre la possibilité d'alterner les positions), il y a lieu de retenir « une baisse de rendement de 20 % dans un tel poste si [la recourante] devait travailler à 100%. Cela pour augmenter les périodes de pause et l'alternance des positions » (expertise, p. 63) ou pour « permettre des changements de

position plus fréquents » (expertise, p. 66). Or, dans le cadre de la discussion consensuelle des experts, il n'est question d'une diminution de la « CT de 20% » (NDR : probablement synonyme de « diminution du rendement de 20% » ; cf. pp. 36 et 66 de l'expertise) seulement si « Mme devait retravailler continuellement devant un écran d'ordinateur » (expertise, p. 37), sans qu'il existe de motivation à l'appui de cette appréciation plus restrictive, laquelle revient à ne pas reconnaître de diminution de rendement notamment dans l'activité habituelle puisque cette dernière n'impliquait pas un travail constant devant l'ordinateur (cf. expertise, p. 66). La chambre de céans relève également que dans son avis du 19 décembre 2018, le SMR s'est fondé sur cette dernière hypothèse, moins favorable à la recourante, et qu'il en a fait de même au niveau des charges admissibles, au sujet desquelles l'experte rhumatologue se contredit également ; cette dernière évoque tantôt des limitations fonctionnelles inchangées depuis 2003, en particulier la nécessité de ne pas porter de manière répétitive des charges supérieures à 5 kg et, de manière occasionnelle, de plus de 8 kg (cf. expertise, p. 60), et tantôt l'absence de port de charges de plus de 2 à 3 kg de manière régulière et de plus de 5 kg de manière occasionnelle (cf. expertise, pp. 63 et 66). Au vu de ces indications contradictoires quant à la diminution de rendement et l'ampleur des limitations fonctionnelles, « [l'absence] d'argument probant pour attester d'une aggravation signification de l'état de santé [...] depuis l'expertise ABI du 15.05.2009 » (expertise, p. 60) apparaît d'autant moins fiable et étayée que la Dresse R_____ indique elle-même qu'elle ne disposait « pas des clichés scintigraphiques Spect/CT IMGE [du 24 mai 2016] évoqués par le Dr O_____ comme discrètement hypercaptants à l'étage C5-C6 », documents dont elle relativise cependant la portée, sans les avoir examinés, en affirmant que cela « pouvait traduire à ce moment-là d'une poussée active de cervicarthrose à cet étage [...] » (expertise, p. 59).

E. 13

Des mesures de réadaptation professionnelles sont-elles envisageables ?

E. 14

Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. E. Invite les experts à faire une appréciation consensuelle du cas s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle. II. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

Le président

A/3171/2019 - 34/34 -

Diana ZIERI

Philippe KNUPFER

Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le ainsi que pour information au Dr X_____