

GE_GERICHTE ATAS/81/2016 vom 2. Februar 2016

GE Cour de justice, 2016-02-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_81_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/81/2016 du 2 février 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/81/2016 del 2 febbraio 2016

Erwägungen

E. 22

Par décision du 31 janvier 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée du 11 mars 2013, l'état de santé de l'assurée étant resté globalement le même que celui qui prévalait en 2005, son invalidité étant toujours nulle.

E. 23

Par acte du 5 mars, complété le 1er avril 2014, l'assurée, désormais assistée d'un avocat, a recouru contre cette décision de l'OAI, concluant en substance, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. À l'appui de ses conclusions, elle a allégué que, depuis la suppression de son droit à une demi-rente d'invalidité en 2005, son état de santé ne s'était pas amélioré et qu'elle n'avait en réalité jamais été capable de travailler à 100 %, n'ayant poursuivi son activité comme péripatéticienne à son domicile qu'à temps très partiel. Depuis 2012, son état de santé s'était particulièrement aggravé au point qu'elle avait dû cesser toute activité comme péripatéticienne. Sa psychiatre-

A/675/2014 - 7/21 - traitante faisait d'ailleurs mention de plusieurs diagnostics psychiatriques avec effet sur sa capacité de travail en sus du trouble dépressif récurrent et du dysfonctionnement neurovégétatif de la sphère gastro-intestinale, à savoir notamment un trouble mixte de la personnalité avec traits immatures, hystériques, paranoïaques et obsessionnels. Ces éléments n'avaient pas été pris en compte par l'OAI, qui n'avait pas entrepris d'investigation pour évaluer son état de santé, refusant de soumettre l'avis médical de la Dresse K_____ à un expert en psychiatrie. Admettant que la décision de suppression de rente du 9 mai 2005 était entrée en force, faute d'avoir été contestée à l'époque, elle a insisté sur l'aggravation de son état de santé psychique depuis 2012, attestée par la nécessité de poursuivre une psychothérapie régulière. Elle souffrait également de divers autres troubles de la personnalité mixte, invalidants depuis quelques années. Dès lors que sa demande de rente d'invalidité remontait à mars 2013, elle estimait avoir le droit à une rente d'invalidité dès le 1er octobre 2013.

E. 24

Le 8 mai 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours, l'assurée n'ayant pas établi de façon plausible que son état de santé s'était modifié de manière à influencer ses droits à des prestations de l'AI. Par ailleurs, l'instruction menée suite à la nouvelle demande de prestations de la recourante n'avait pas permis d'objectiver une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision entrée en force.

E. 25

Le 6 juin 2014, la recourante a relevé qu'aucune instruction n'avait été menée par l'OAI, seuls deux avis médicaux ayant été émis par le médecin de l'OAI, n'ayant pas qualité d'expert en psychiatrie. Sa psychiatre-traitante estimait que son état de santé s'était rigidifié et péjoré depuis l'expertise psychiatrique rendue dix ans plus tôt, dans le contexte de laquelle elle s'était au demeurant braquée, état symptomatique de sa pathologie, si bien que l'expertise de 2004 ne pouvait pas à elle seule attester de l'évolution de son état psychique de 2004 à 2014. Sa psychiatre-traitante préconisait en outre un examen psychométrique afin d'évaluer son état neuropsychologique, et elle estimait son incapacité de travail à 100 %. Enfin, selon la recourante, il fallait procéder à l'audition de sa psychiatre-traitante et à la mise sur pied d'une nouvelle expertise psychiatrique indépendante.

E. 26

Répondant à une demande de renseignements de la chambre de céans, la Dresse K_____ a indiqué, le 13 juin 2014, que le trouble dépressif récurrent de la recourante, présent depuis 1998 au moins, était en l'état d'intensité modérée à sévère. Depuis le début de la prise en charge de l'assurée en août 2012, la psychiatre précitée n'avait pas observé d'amélioration ni d'aggravation de l'état psychique de l'assurée, resté pathologique et inchangé de façon chronique. Le traitement en cours consistait en un suivi psychiatrique associant des entretiens psychothérapeutiques (environ une fois par mois) et un traitement antidépresseur phytothérapeutique, l'assurée refusant tout médicament allopathique. Sur la base de ses constatations, elle avait posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, état dépressif alors d'intensité moyenne à sévère, de dysfonctionnement neurovégétatif de la sphère gastro-intestinale et de troubles mixtes de la personnalité avec traits

A/675/2014 - 8/21 - immatures, hystériques, paranoïaques et obsessionnels, son évaluation diagnostique de l'assurée différait ainsi de celle faite en 2004 par l'expert J_____. L'état thymique de l'assurée s'était semble-t-il aggravé en raison de facteurs sociaux (précarité professionnelle) et affectif (mode de vie en vase clos pathogène avec son fils également atteint de troubles mentaux, conflit avec une mère dévalorisante et culpabilisante mais son seul lien familial existant), et le tableau clinique s'était aggravé par la présence d'un trouble de la personnalité non retenu à l'époque par l'expert alors qu'il était pourtant bien présent mais moins facile à détecter dans le cadre d'une expertise en raison du peu d'entretiens et d'un certain manque de collaboration de l'assurée au cours de cette expertise, menée par un homme par lequel elle s'était sentie jugée en raison de son activité de péripatéticienne. La symptomatologie chronique de l'assurée diminuait sa capacité de travail, à savoir son discours abondant, éparpillé, confus, exubérant et angoissé, son comportement inapproprié en situation sociale nouvelle (évitement phobique, tendance à l'interprétativité et à la persécution), ses raisonnements et attitudes fréquemment infantiles et inadéquats, ses angoisses désorganisatrices (claustrophobie, cancérophobie, peur des étrangers, anticipation catastrophique généralisée), et ses compétences faibles et capacités d'apprentissage et d'adaptation très limitées. Ce status mental pathologique et chronique, peu amélioré par le traitement en cours, était de nature à altérer fortement la capacité de travail de l'assurée.

E. 27

Par un courrier du 3 août 2014, la Dresse K_____ a encore précisé qu'un examen psychométrique de l'assurée était indiqué, en tant qu'il devait permettre d'évaluer son quotient intellectuel (suspicion d'un retard mental léger à l'examen clinique), ses fonctions cognitives (vigilance, concentration, attention, mémoire) et ses fonctions exécutives

(planification, organisation, élaboration de stratégies, gestion du temps et de l'espace). Ce type d'examen devait en outre permettre d'objectiver et de quantifier des troubles psychiques présents à l'examen clinique, de confirmer ou infirmer certains diagnostics, et d'affiner la prise en charge médicale ainsi que l'orientation professionnelle en cas de limitations ou de perturbations notables des fonctions supérieures.

E. 28

Par ordonnance du 31 octobre 2014, la chambre de céans a considéré que si les rapports de la Dresse K_____ étaient sensiblement plus étayés que le SMR et qu'on ne pouvait leur nier toute valeur probante du seul fait qu'ils émanaient du psychiatre-traitant de la recourante, il fallait tout de même tenir compte du fait que les médecins traitants pouvaient être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leurs patients en raison de leur relation de confiance qui les unissait à ces derniers. Par conséquent, il convenait d'ordonner une expertise, confiée au docteur M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour pouvoir juger de l'état de santé de la recourante.

E. 29

Le 6 février 2015, le Dr M_____ a établi un rapport fondé sur un entretien avec l'assurée de 2h30 le 10 décembre 2014, un entretien téléphonique le 20 janvier 2015 avec la Dresse K_____ ainsi que l'étude du dossier. Après avoir résumé les

A/675/2014 - 9/21 - pièces du dossier et procédé à une anamnèse détaillée, le Dr M_____ a résumé ses observations cliniques, considérant que la recourante était normalement vigilante, bien orientée et qu'elle ne présentait aucun trouble du registre psychotique de la pensée ou de la perception. Ses capacités intellectuelles paraissaient se situer dans la moyenne et l'examen clinique ne montrait aucun trouble des capacités cognitives. Le discours décousu correspondait à une stratégie défensive bien rodée chez la recourante, qui avait appris précocement, dans un environnement difficile, à se cacher derrière un rideau de flou. Ses références au fait qu'elle était « bête » ou « nulle » semblaient également obéir à une logique défensive et paraissaient avoir pour fonction de désamorcer sur un mode « préemptif » toute critique pouvant être adressée à une femme dont l'estime était peut-être vulnérable mais efficacement protégée par des mécanismes de défense du registre narcissique. Si elle répondait souvent à côté des questions posées et qu'il fallait les répéter plusieurs fois patiemment pour obtenir des réponses, à géométrie variable, l'assurée restait toujours bien présente dans l'échange, au fait des tenants et aboutissants de la discussion, étant capable de refermer les parenthèses qu'elle avait ouvertes et de revenir au point de départ de l'une ou l'autre des digressions. Il n'y avait pas d'inhibition psychomotrice, l'élan vital étant conservé. Si elle disait avoir peur de l'avenir et percevoir le monde comme dangereux, l'assurée paraissait plus nostalgique du passé qu'inquiète du futur. Si elle invoquait certes l'anxiété et la fatigue pour justifier la cessation de son activité de prostituée, elle mentionnait également des impératifs d'ordre administratif notamment, dans la mesure où elle savait qu'elle s'exposerait à des ennuis si elle continuait à gagner de l'argent tout en percevant l'aide sociale. Questionnée au sujet d'une activité dans le circuit économique normal, l'assurée a considéré qu'aucun employeur ne voudrait d'elle étant donné qu'elle avait arrêté de travailler en 1978 et que de nos jours, tout employé devait être qualifié, ce qui n'était pas son cas. En relation avec son activité pour la boutique de seconde main, elle a mentionné un conflit avec une cliente, jalouse et méchante. En raison du fait qu'elle était souvent en jupe, elle devait supporter des commentaires désobligeants tels que

« Salope », « pute » ou « Cougar », lorsqu'elle se promenait avec son fils. Pour l'expert, l'assurée avait sans doute subi des carences affectives et éducatives durant son enfance, carences qui avaient interféré avec son développement affectif. Elle avait mal réussi sur le plan scolaire malgré une intelligence apparemment normale, en raison vraisemblablement d'une inhibition d'ordre névrotique des processus d'apprentissage. Cela étant précisé, l'expert a retenu les diagnostics d'anxiété généralisée (F41.1) et de trouble de la personnalité (personnalité immature à traits histrioniques marqués), présentant également des traits narcissiques, dépendants et évitants (F60.8). En effet, tous les critères cumulatifs du diagnostic de dysfonctionnement neurovégétatif de la sphère gastro-intestinale, posé par les Drs G_____ et K_____, n'étaient pas réalisés de sorte que ce diagnostic ne pouvait être retenu. Si

A/675/2014 - 10/21 - le Dr G_____ n'avait mentionné aucun trouble de l'humeur, les Drs J_____ et K_____ avaient évoqué le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Cependant, pour que le diagnostic de trouble dépressif puisse être posé, il devait y avoir au moins un épisode dépressif. Or, le dossier ne contenait aucune description fiable d'un cortège de symptômes authentiquement dépressifs suffisamment profonds et durables de sorte qu'un tel diagnostic ne pouvait être posé. L'expert avait eu l'impression, en relisant la description des collègues médecins, qu'ils avaient tous observé la même personne, laquelle avait remarquablement peu changé en 20 ans. Derrière les différences de vocabulaire et de sensibilité des différents examinateurs, on voyait se dessiner un tableau remarquablement semblable. En revanche, un diagnostic de trouble de la personnalité (personnalité immature avec des traits narcissiques, dépendants et anxieux et surtout histrioniques marqués in casu), comme cela avait déjà été évoqué par les Drs G_____ et K_____, pouvait être posé dès lors que cinq des critères prévus par la CIM-10 étaient réalisés, étant précisé que seuls trois étaient suffisants. Ledit trouble avait vraisemblablement eu des répercussions sur le fonctionnement professionnel et l'adaptation sociale de l'assurée, dès lors qu'il impliquait une propension à des choix peu constructifs et un manque de flexibilité comportementale limitant l'éventail des domaines dans lesquels l'assurée aurait pu ou pourrait encore gagner sa vie. Cela étant, elle avait néanmoins pu trouver un équilibre durant de longues années en exerçant l'activité de prostituée. Le trouble de la personnalité était un trouble durable déjà existant lorsque l'assurée était jeune adulte. Cela étant, ce trouble ne l'avait alors pas empêchée de travailler pendant des périodes assez longues dans des emplois ne nécessitant que peu de qualifications, emplois ayant pratiquement disparu dans le monde du travail actuel. L'assurée s'était par la suite orientée vers le domaine de la prostitution et les aspects particuliers de sa personnalité n'avaient eu que peu de répercussion sur sa capacité de travail dans ses activités. Si elle n'avait jamais exercé son activité de manière intensive, cela semblait dû à son statut de mère d'un fils malheureusement malade et qui n'avait pas pu s'autonomiser. Des facteurs de réalité externe ou objective (âge de l'assurée, changements intervenus au niveau du marché de la prostitution avec concurrence accrue, vieillissement de sa clientèle d'habités, échec de l'autonomisation de son fils, nécessité d'abandonner l'exercice d'une activité lucrative vu la demande d'aide sociale) avaient été déterminants, les problèmes de santé mentale présents de longue date, lesquels n'avaient eu que peu ou pas d'interférences avec la capacité de travail, étant secondaires. Le trouble de la personnalité, existant depuis l'adolescence, oscillait entre faible et moyen, dans la mesure où il ne comportait pas une composante de labilité émotionnelle marquée. La composante anxieuse des troubles observés chez l'assurée justifiait un diagnostic d'anxiété généralisée (F41.1). Ce trouble, qui évoluait entre un niveau faible et moyen, paraissait s'être développé

à partir du début de l'âge adulte. Il ne s'agissait pas d'un trouble psychique grave, même s'il était source d'un certain

A/675/2014 - 11/21 - inconfort, avec des sensations physiques subjectivement désagréables. Un tel trouble n'était habituellement pas invalidant. La situation de précarité matérielle et sociale de l'assurée était probablement un facteur de stress contribuant à la pérennité de son anxiété généralisée. Pour autant qu'il y ait une amélioration de sa situation financière, la reprise éventuelle d'une activité pourrait contribuer à une diminution de l'anxiété. L'assurée ne souffrait pas d'une symptomatologie phobique extensive, laquelle aurait représenté un handicap significatif, et en particulier pas de symptômes dépressifs susceptibles d'interférer avec sa capacité à faire face à ses peurs lorsqu'elle devait effectuer une démarche inquiétante ou difficile mais importante pour elle. Cela étant, la présence d'une anxiété généralisée signifiait qu'une partie de son énergie était ainsi investie dans les processus de lutte contre l'angoisse. L'engagement dans une activité professionnelle pouvait améliorer cette problématique, laquelle ne disparaîtrait toutefois pas pour autant, étant donné que même une activité professionnelle à plein temps ne pouvait distraire la personne de ses inquiétudes que durant la moitié environ du temps de veille et pouvait en elle-même apporter de nouveaux soucis. Le trouble anxieux justifiait ainsi un besoin accru d'espaces de récupération et par conséquent une limitation horaire de 25 % au maximum. S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, l'expert rejoignait cette dernière sur la question de l'utilité sociale de l'activité de prostituée et considérait qu'il n'y avait pas de « sot métier ». Au-delà de l'activité de prostituée, qui constituait, pour autant qu'elle fût exigible, une activité adaptée, toute activité ne demandant pas d'efforts physiques importants, pouvant être effectuée dans un environnement n'exposant pas l'assurée à des facteurs de stress dépassant un niveau moyen (pas de niveau excessif de bruit, de saleté, de nuisances olfactives ou de conflits interpersonnels potentiels) pouvait entrer en ligne de compte. Ainsi en était-il de l'emploi de vendeuse dans une boutique comme cela avait en son temps été proposé à l'assurée. Compte tenu des fonctions psychiques conservées, l'assurée pouvait travailler sans réduction de rendement mais avec un horaire réduit de 25 % (6 heures par jour par exemple), ce qui lui permettrait des plages de récupération et d'échappement utiles au maintien de son équilibre. Par ailleurs, le fait que l'assurée ait rapidement choisi d'interrompre l'expérience dans la boutique de vêtements ne pouvait être invoqué, étant donné qu'il s'agissait d'un choix. Théoriquement, l'assurée était capable de travailler à 75 % au vu des fonctions psychiques conservées. Les atteintes psychiques dont elle souffrait n'entraînaient pas de limitation fonctionnelle importante. Si le pronostic n'était pas mauvais sur le plan médical, il était moins favorable au plan social, dans la mesure où les chances de voir l'assurée un jour se réengager concrètement dans une activité lucrative paraissaient minimes. Enfin, l'expert notait que la problématique de la recourante était déjà présente en 2005 et qu'elle n'avait que peu évolué depuis lors, les principaux changements étant dus à des facteurs contextuels et non physiques. Ainsi, la diminution de la capacité de travail de 25 % était déjà présente en 2005.

A/675/2014 - 12/21 -

E. 30

Par courriers des 3 mars et 14 avril 2015, la recourante s'est prononcée sur l'expertise du Dr M_____. Si celui-ci motivait suffisamment les raisons pour lesquelles ils s'écartaient des diagnostics et appréciations retenus par les autres médecins, il n'y avait aucune raison que son rapport prévale sur ceux des autres médecins, également motivés à satisfaction de droit.

En outre, le Dr M_____ n'expliquait pas pour quels motifs il n'avait pas effectué ou fait effectuer un examen psychométrique ni pourquoi il ne retenait qu'une diminution de 25 % de la capacité de travail. Par ailleurs, interpellée sur l'expertise précitée, la Dresse K_____ avait déclaré que la diminution effective du taux d'activité devait être arrêtée pour chaque cas particulier, qu'il existait des convergences entre les diagnostics retenus bien que les conclusions ne se recoupaient pas. Pour le surplus, le médecin précité persistait dans les diagnostics qu'elle avait posés. Au vu de toutes ces critiques, les atteintes à la santé de l'assurée entraînaient une incapacité totale de travailler, et ce dans toute activité, de sorte qu'une rente d'invalidité entière devait lui être octroyée avec effet au 1er octobre 2013.

E. 31

L'intimé s'est prononcé par courrier du 3 mars 2015. Se référant à un avis du SMR du 27 février 2015, joint à son courrier, il a considéré que l'expert procédait à une appréciation différente d'une même situation, étant donné que la problématique actuelle semblait déjà avoir été présente en 2005 et ne s'était que peu modifiée depuis lors, les principaux changements intervenus ne semblant pas concerner les problèmes de santé de la recourante. Par conséquent, la diminution de travail que le Dr M_____ reconnaissait était déjà existante en 2005, de sorte que c'était à juste titre que l'OAI avait retenu une pleine capacité de travail, l'instruction menée n'ayant ainsi pas permis d'objectiver une détérioration de l'état de santé de la recourante.

E. 32

Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 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

A/675/2014 - 13/21 - 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). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 4. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à rejeter la nouvelle demande de prestations de la recourante. Concrètement, le litige concerne l'existence d'une aggravation de l'état de santé de la recourante entre mai 2005 (suppression de rente) et janvier 2014 (rejet de la nouvelle demande). 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). À cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014, consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 716/2003 du 9 août 2004, consid. 4.1). b. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation, que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 aI. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2). 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; arrêts du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 2.2 et 9C_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si un changement important des circonstances

A/675/2014 - 14/21 - propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit entre la dernière décision entrée en force, 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, d'une part, et la décision litigieuse, d'autre part (ATF 133 V 108 consid. 5.4 et 130 V 71 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_754/2013 du 16 avril 2014, consid. 2.1). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2012 du 18 mars 2013, consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 491/2003 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine et les références). 6. a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). b. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du

travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2). c. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle

A/675/2014 - 15/21 - entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 7. 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 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). b. Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement 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). c. 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 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

A/675/2014 - 16/21 - 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). 8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 et les références). 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. b/aa. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

A/675/2014 - 17/21 - b/bb. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). b/cc. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître

pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

9. 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; 126 V 353 consid. 5b; 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. 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; 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; 122 V 157 consid. 1d). 10. En l'espèce, il y a lieu de déterminer si l'état de santé de la recourante s'est aggravé entre la décision de suppression de rente rendue le 9 mai 2005 et la décision

A/675/2014 - 18/21 - querellée du 31 janvier 2014. Pour ce faire, il convient de procéder à une analyse comparative de la situation prévalant en 2005 et en 2014. a. Lors de la suppression de la rente, en 2005, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise du Dr J _____ du 27 novembre 2004, dans lequel ce médecin a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode alors léger, sans syndrome somatique (F33.00) et d'accentuation de certains traits de personnalité obsessionnelle (Z73.1). Il avait considéré, en substance, que la recourante présentait un problème socio-professionnel, dans la mesure où elle avait des difficultés pour gagner sa vie, éprouvant à tout le moins une angoisse pour le futur. Elle souffrait en outre de son quotidien partiellement satisfaisant et des relations familiales peu épanouissantes. La recourante éprouvait une réelle souffrance même si aucun vrai diagnostic ne pouvait être posé. La symptomatologie ne l'empêchait pas d'accomplir son activité professionnelle de péripatéticienne, de sorte qu'on devait lui reconnaître une capacité de travail normale, sans limitation de rendement et exigible, en admettant toutefois une possible limitation fonctionnelle d'asthénie à l'effort. Le trouble dépressif de gravité moyenne dont avait souffert la recourante avait entraîné une incapacité de travail de 20 % jusqu'au 8 avril 2004. Depuis cette date, il n'entraînait plus aucune incapacité. La recourante n'a pas recouru contre la décision de suppression rendue sur la base du rapport du Dr J _____, et elle n'a pas non plus demandé la reconsidération ou la révision

procédurale de la décision précitée. Ce faisant, elle a reconnu une pleine valeur probante au rapport d'expertise du Dr J_____. b/aa. Lors de la décision querellée, en 2014, l'intimé s'est essentiellement fondé sur les rapports de la Dresse K_____ du 17 avril et 20 mai 2013, dans lesquels ce médecin a relevé que la recourante avait poursuivi son activité de péripatéticienne, avant d'y mettre un terme définitivement en 2012. Les diagnostics retenus étaient ceux de trouble dépressif récurrent, dysfonctionnement neurovégétatif de la sphère gastro-intestinale, troubles de la personnalité mixte avec traits immatures, hystériques, paranoïaques et obsessionnels ainsi qu'une suspicion de retard mental léger. Ses fonctions supérieures étaient diminuées : l'intelligence était cliniquement faible, la concentration et l'attention défaillantes, la mémoire fiable mais lente, la capacité de compréhension limitée pour des notions abstraites ou des sujets légèrement complexes. La capacité d'adaptation était inexistante et sa résistance faible. En cours de procédure, la Dresse K_____ avait complété ses courriers des 17 avril et 20 mai 2013, expliquant que l'état thymique de l'assurée s'était aggravé en raison facteurs sociaux (précarité professionnelle) et affectifs (mode de vie en vase clos avec son fils également atteint de troubles mentaux, conflit avec sa mère, dévalorisante mais constituant sa seule famille). Un examen psychométrique était suggéré.

A/675/2014 - 19/21 - Considérant qu'en raison du lien de confiance qui unissait la Dresse K_____ à la recourante, ses rapports devaient être pris avec circonspection, la chambre de céans a nommé le Dr M_____ pour réalisation d'une expertise psychiatrique. C'est donc la valeur probante de ce rapport qu'il convient d'examiner. Force est de constater que le rapport de ce médecin, daté du 6 février 2015, remplit sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document : il contient un résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les indications subjectives de la recourante, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas, et ses conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires, bien motivées et convaincantes. Sur le fond, l'expert retient les diagnostics d'anxiété généralisée (F41.1) et de trouble de la personnalité (personnalité immature à traits histrioniques marqués, présentant également des traits narcissiques, dépendants et évitants [F60.8]), tout en expliquant pour quels motifs il ne retenait pas les diagnostics de dysfonctionnement neurovégétatif de la sphère gastro-intestinale et de retard mental léger. Le trouble de la personnalité, qualifié de moyen, existait depuis l'adolescence. Quant au trouble anxieux, lequel oscillait entre faible et moyen, existait depuis le début de l'âge adulte et entraînait une réduction du temps de travail de 25 % en raison du besoin accru d'espaces de récupération. En résumé, l'assurée était capable de travailler à 75 % (par exemple 6 heures par jour) dans l'activité habituelle de péripatéticienne ainsi que dans toute autre activité ne demandant pas d'efforts physiques importants et pouvant être effectuée dans un environnement ne l'exposant pas à des facteurs de stress dépassant un niveau moyen (pas de niveau excessif de bruit, de saleté, de nuisances olfactives ou de conflits interpersonnels). b/bb. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). b/cc. En l'espèce, force est de constater que la recourante se limite à contester de manière générale les conclusions de l'expertise, sans

faire état d'éléments objectivement vérifiables ni fournir la moindre appréciation médicale à l'appui de ses dires. Si elle se réfère à l'appréciation de son médecin traitant dans ses écritures après enquêtes, elle n'a pas fourni la moindre pièce établie par celui-ci. Ces éléments sont insuffisants pour justifier d'envisager la situation selon une perspective différente et pour ordonner un complément d'instruction sous la forme d'un examen psychométrique (appréciation anticipée des preuves).

A/675/2014 - 20/21 - Dans ces circonstances, il y a lieu de reconnaître une pleine valeur probante au d'expertise du Dr M_____ du 6 février 2015. Cela étant, l'expert a expliqué avoir eu l'impression, en relisant la description des collègues médecins, qu'ils avaient tous observé la même personne laquelle avait remarquablement peu changé en 20 ans. « Derrière les différences de vocabulaire et de sensibilité des différents examinateurs, on voyait se dessiner un tableau remarquablement identique ». Il a également indiqué que la problématique dont souffrait la recourante et la diminution de la capacité de travail de 25 % étaient déjà présentes en mai 2005, lorsque de la décision de suppression de rente a été rendue. Ainsi, en réalité, le Dr M_____ procède à une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée. Dans cette mesure, on ne peut parler d'une aggravation de l'état de santé de la recourante entre la décision de suppression de rente et la décision litigieuse. Partant, c'est à juste titre que l'intimé a rejeté la nouvelle demande de prestations formulée par la recourante. Cela étant, même si l'on devait retenir l'appréciation du Dr M_____, force serait de constater que la recourante ne présenterait pas une invalidité suffisamment importante pour lui ouvrir le droit à une rente. En effet, toute activité ne demandant pas d'efforts physiques importants pouvant être effectuée dans un environnement n'exposant pas la recourante à des facteurs de stress reste exigible, une incapacité de travail de 25 % se confond avec une invalidité du même taux, conformément à la jurisprudence. Or, une invalidité de 25 % ne donne pas droit à une rente d'invalidité, même partielle. 11. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. La procédure n'étant pas gratuite, en dérogation avec l'art. 61 let. a LPGA (art. 69 al. 1bis phr. 1 LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce au montant minimal de CHF 200.- prévu par l'art. 69 al. 1bis phr. 2 in fine LAI).

A/675/2014 - 21/21 - 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.