

GE_GERICHTE ATAS/884/2015 vom 19. November 2015

GE Cour de justice, 2015-11-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_884_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/884/2015 du 19 novembre 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/884/2015 del 19 novembre 2015

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) 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.

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur respectivement le 1er janvier 2004, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

A/273/2015 - 18/34 - Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

E. 4

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 (art. 56 ss et 38 LPGA).

E. 5

Le litige porte sur la question de savoir si la recourante présente une invalidité lui ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

E. 6

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique 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). 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 (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Arrêt du Tribunal administratif fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

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 malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi

A/273/2015 - 19/34 - 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 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)

E. 8

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). 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 (cf. ICD). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014 du 3 juin 2015 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

A/273/2015 - 20/34 - 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.

E. 9

L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence en vigueur jusqu'ici, ceux-ci n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que de tels syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2. et ATF 131 V 49 consid. 1.2). Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations

de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, 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), de 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 de tels syndromes, la mission d'expertise consiste surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée dispose des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission qui leur est confiée, les experts failliraient à celle-ci s'ils ne tenaient pas compte des différents critères mis en évidence par le Tribunal fédéral dans le cadre de leur appréciation médicale (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 4.3).

E. 10

Dans un arrêt récent (arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014 du 3 juin 2015), 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

A/273/2015 - 21/34 - 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 (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 (consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. Ces indicateurs 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 (II; consid. 4.3). A. Axe « atteinte à la santé » 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 déterminantes 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 lege artis 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. A

A/273/2015 - 22/34 - 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 (consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (consid. 4.3.1.3). 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 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

A/273/2015 - 23/34 - 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 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 (inévitabile) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosogose). 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. 11

Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b). L'égalité de traitement commande en effet de soumettre tous les tableaux cliniques présentant des syndromes sans origine pathogène ou étiologique claire aux mêmes exigences en matière d'assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 5). Ainsi, les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1) au syndrome de fatigue chronique (arrêt

A/273/2015 - 24/34 - du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3), de neurasthénie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008, consid. 5), d'anesthésie dissociative et d'atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007, consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4) et de traumatisme du type "coup du lapin" (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3).

E. 12

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (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, 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). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c

LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3). Peu importe l'ordre dans lequel interviennent les éléments constitutifs d'une expertise probante ou l'effort relatif qu'il faut produire pour les déceler. Seul compte le fait qu'ils existent bel et bien et aient fait l'objet d'un traitement approprié (arrêt du Tribunal fédéral 9C_957/2012 du 21 mai 2013 consid. 3.2). 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

A/273/2015 - 25/34 - 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). Selon la jurisprudence, la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH) n'en est en revanche pas une condition (arrêt du Tribunal fédéral 9C_270/2007 du 12 août 2008 consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci (arrêt du Tribunal fédéral 9C_359/2009 du 26 mars 2010 consid. 4.3 et les références). L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à

la base de l'avis qu'il exprime (ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances

A/273/2015 - 26/34 - sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

E. 13

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

A/273/2015 - 27/34 - 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 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). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical ou lorsqu'il s'agit d'un éclaircissement ou d'une précision ou d'un complément d'une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 in fine et les références).

E. 14

a) En l'espèce, les parties s'opposent sur les diagnostics retenus par les différents médecins et experts consultés dans le cadre de la demande de prestations déposée par la recourante, ainsi que sur la valeur probante des différents rapports versés au dossier. L'intimé considère que la recourante présente une pleine capacité de travail dans toute activité, avec une diminution de rendement de 20%, pourcentage correspondant à son degré d'invalidité. Son activité habituelle étant déjà adaptée à ses limitations fonctionnelles, des mesures professionnelles sont inutiles. Quant à la recourante, elle soutient être dans l'incapacité totale de travailler depuis le 19 novembre 2012. b) Les parties s'appuyant sur divers rapports médicaux pour parvenir à leurs conclusions respectives, il convient d'examiner leur valeur probante. c) La recourante se fonde principalement sur les nombreux rapports rendus par les Drs G_____, H_____, N_____ et L_____. Dans son rapport du 13 septembre 2013, le Dr L_____ a retenu que l'assurée présentait une incapacité totale de travailler depuis le 19 novembre 2012, en raison d'une polyarthrite rhumatoïde présente depuis 1990. Les limitations fonctionnelles induites par cette pathologie lui interdisaient toute activité manuelle et incluaient des difficultés à marcher. Faute d'une motivation suffisante permettant de comprendre pourquoi le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde a été retenu et en quoi il affecte la capacité de travail de la recourante, la valeur probante de ce rapport ne peut être reconnue.

A/273/2015 - 28/34 - Dans son rapport du 20 novembre 2013, le Dr N_____ a retenu le diagnostic de probable polyarthrite rhumatoïde. L'incapacité de travail était de 100% dans toute profession, depuis le 31 octobre 2013. Comme pour le Dr L_____, une motivation suffisante des conclusions fait défaut. En outre, le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde est considéré comme probable, ce qui n'est pas suffisant pour reconnaître à ce rapport une valeur probante. Quant aux rapports du Dr G_____, ils sont trop succincts et ne permettent pas de comprendre dans quelle mesure les différents diagnostics influent sur la capacité de travail de la recourante. De plus, il n'énonce aucune limitation particulière, se contentant

d'indiquer que sa capacité de travail est nulle. Par ailleurs, le Dr G_____ a relevé que la recourante rendait par son côté démonstratif et angoissé, voire inadéquat, difficile et laborieux l'établissement d'une relation médecin-patient objective et équilibrée. S'il indique y être parvenu après plusieurs mois, il ne détermine pas comment il différencie les plaintes de la recourante des éléments objectifs constatés lors des consultations. Au contraire, il se contente d'affirmer qu'il est en mesure, au même titre que les autres médecins traitants de la recourante, d'apprécier à juste titre son côté démonstratif, ce qui n'est pas suffisant au regard des critères établis par la jurisprudence pour déterminer la valeur probante des documents médicaux. Quoiqu'il en soit, la chambre de céans doit tenir compte du fait qu'en l'occurrence, le Dr G_____ sera généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour la recourante en raison de la relation de confiance qui l'unit à cette dernière, en sa qualité de médecin traitant depuis plusieurs années. Dans ses rapports du 15 mai 2013 et du 5 mai 2014, le Dr H_____ a retenu les diagnostics d'épuisement professionnel, de crise de panique avec agoraphobie, de traits de la personnalité anxieuse et de status polyarthrose et post-opérations hernies discales. Lesdits rapports sont suffisamment développés, mais contiennent des conclusions incohérentes et parfois non motivées. En effet, bien que le Dr H_____ retienne des diagnostics psychiatriques invalidants, il considère que la capacité de travail de la recourante est nulle en raison des seuls diagnostics somatiques, principalement. En outre, il ne décrit aucune limitation fonctionnelle en rapport avec ces atteintes. La valeur probante de ces rapports ne peut dès lors être reconnue. d) L'intimé fonde principalement sa position sur l'expertise de la Clinique Corela du 19 avril 2013, sur le rapport du 4 septembre 2013 du Dr M_____ et sur le rapport du 23 octobre 2014 de la Dresse P_____. aa) La recourante remet en cause les compétences professionnelles de la Dresse J_____ et du Dr I_____ de la Clinique Corela, ces derniers ne figurant pas sur la liste des médecins FMH. En l'occurrence, il ressort des arrêtés délivrés par le DARES et versés à la procédure par l'intimé que les Drs J_____ et I_____ sont au bénéfice d'une autorisation à exercer la profession de médecin à titre indépendant, respectivement

A/273/2015 - 29/34 - en rhumatologie et en psychiatrie et psychothérapie, dans le canton de Genève. Ainsi, on ne saurait mettre en doute leur niveau de qualification dans la mesure où les experts désignés se sont prononcés dans leurs domaines de compétence respectifs. bb) S'agissant de l'expertise réalisée au sein de la Clinique Corela par ces médecins, il convient de relever que sa lecture est rendue difficile par le caractère prolix du document (100 pages) et les nombreuses redondances qu'il comporte. En outre, sa structure, divisée en chapitres par diagnostics et en sous-titres parfois inutiles et peu clairs, mais assortis de conclusions propres, est de nature à induire en erreur quant aux limitations fonctionnelles et diagnostics retenus globalement in fine pour chacun des deux volets de l'expertise. De plus, de par sa structure, l'expertise rend difficile la distinction entre les éléments apportés par la recourante aux experts, les observations cliniques de ces derniers, les plaintes relatées dans d'anciens rapports médicaux, les éléments tirés de la lecture du dossier médical et les passages théoriques. À cela s'ajoute plusieurs éléments contradictoires et des incohérences avec le dossier médical mis à disposition des experts. Ainsi, ceux-ci retiennent deux diagnostics de discarthrose, écartant tout status post opératoire de hernie discale, alors que le fait que la recourante a dû subir deux interventions chirurgicales en lien avec des hernies discales ressort du dossier. La limitation fonctionnelle de port de charges retenue en lien avec les diagnostics de discarthrose n'est pas justifiée et apparaît faible, compte tenu de l'atteinte à la santé et des douleurs pourtant objectivées par les experts. En ce qui concerne

le diagnostic d'arthrose au niveau des doigts, ils retiennent une évolution positive vers la stabilisation lors des accalmies, le soulagement complet des douleurs et la réduction de la maladie grâce à un traitement de fond. Non seulement cette évolution apparaît comme particulièrement optimiste compte tenu des rapports des autres médecins figurant au dossier, des plaintes de la recourante et de l'examen clinique réalisé par la Dresse J_____, mais elle n'est pas motivée de manière compréhensible et détaillée. Comme pour les diagnostics de discarthrose, la faible limitation fonctionnelles de port de charges n'est ni motivée, ni vraisemblable, notamment à la lumière des conclusions du Dr M_____. S'agissant du volet psychiatrique de l'expertise, le Dr I_____ relève que l'auto-questionnaire rempli par la recourante serait évocateur d'un état dépressif sévère. Il relève que ce résultat doit être relativisé, compte tenu de l'effet auto-inducteur de l'expertise et de l'attitude démonstrative de la recourante. Toutefois, on peine à comprendre pourquoi aucun diagnostic psychiatrique n'est retenu, faute d'une motivation suffisante et convaincante. À ce propos, on relèvera que la recourante a séjourné à la Clinique genevoise de Montana du 9 au 24 avril 2013, soit quelques semaines après son examen à la Clinique, et qu'à cette occasion, un trouble anxieux généralisé avec réaction anxio-dépressive a été retenu. De plus, les conclusions relatives à l'absence de diagnostics apparentés au registre des troubles somatoformes, ne sont pas

A/273/2015 - 30/34 - motivées d'une manière particulièrement claire et n'emporte pas la conviction de la chambre de céans. En dernier lieu et d'une manière plus générale, l'ensemble de ce rapport d'expertise est entaché d'un ton inadéquat et d'une absence de neutralité. En effet, la quasi-totalité des plaintes et indications fournies par la recourante est écartée par les experts, en raison de son attitude démonstrative. Si une telle attitude est admise par le Dr G_____, elle ne doit pas empêcher les experts de faire preuve d'objectivité et d'évaluer son cas avec justesse. En effet, une exagération de la recourante ne signifie pas pour autant qu'elle ne présente pas d'atteinte à la santé. Or, les experts donnent l'impression de systématiquement chercher des contradictions entre les plaintes de la recourante et leurs constatations, parfois d'une manière contestable et sans une motivation convaincante. À titre d'exemple, on relèvera que les experts font grand cas du fait que la recourante portait deux chaînes autour du cou lors de leur entretien. Selon eux, cela démontrait une capacité à effectuer des gestes fins, ce qui était contradictoire avec le refus de la recourante de serrer la main de la Dresse J_____, pour cause de douleurs. Ce point n'est pas pertinent, dans la mesure où le fait qu'elle porte deux chaînes autour du cou ne signifie pas qu'elle les a accrochées elle-même, ce que les experts admettent d'ailleurs en émettant l'hypothèse de l'aide d'une tierce personne. Il apparaît également critiquable que le Dr I_____ recommande l'arrêt du suivi de la recourante par le Dr H_____, qu'il retienne que la recourante sait ne pas avoir une polyarthrite rhumatoïde et qu'elle mystifie le corps médical. De tels propos reflètent incontestablement un caractère subjectif dont une expertise devrait être dépourvue. Par conséquent, l'expertise de la Clinique Corela doit se voir nier toute valeur probante. cc) Le rapport du 4 septembre 2013 du Dr M_____ du SMR aborde l'état de santé de la recourante sous un angle exclusivement rhumatologique. Ce médecin a également recommandé la mise en œuvre d'un examen psychiatrique complémentaire, suspectant la présence d'un syndrome somatoforme douloureux persistant. Dans la mesure où l'expertise de la Clinique Corela s'est vue nier toute valeur probante et où l'intimé n'a pas suivi les recommandations du Dr M_____, le rapport de ce dernier n'est pas suffisant pour évaluer l'état de santé de la recourante. En effet, il ressort très clairement du dossier que l'instruction médicale de son cas doit porter sur un volet

rhumatologique et psychiatrique, afin de connaître précisément les atteintes invalidantes à la santé de la recourante et les éventuelles interactions qui existent entre celles. En particulier, la possibilité d'un syndrome somatoforme douloureux persistant doit être investiguée, à la lumière de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral développée dans les considérants précédents (arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014 du 3 juin 2015).

A/273/2015 - 31/34 - Faute d'une analyse de l'état de santé de la recourante dans son ensemble, la chambre de céans n'est pas en mesure de déterminer si le rapport du Dr M_____ doit se voir reconnaître une valeur probante. dd) Dans la mesure où le rapport du 23 octobre 2014 de la Dresse P_____ est exclusivement fondé sur les deux documents précédents, il convient de lui nier également toute valeur probante. Pour le surplus, on notera qu'il est contradictoire de se fonder sur ces deux documents, alors même qu'ils se contredisent sur plusieurs points essentiels, notamment en ce qui concerne les diagnostics, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail.

E. 15

Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de la recourante, en pourcent, a) dans l'activité habituelle ; b) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

E. 16

Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux et décrire précisément son évolution.

E. 17

Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles et indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité.

E. 18

Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

E. 19

Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.

E. 20

S'agissant plus particulièrement des troubles psychiques, répondre aux questions suivantes :
a) Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
b) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?
c) Existe-t-il un trouble de la personnalité ou, une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?

A/273/2015 - 34/34 - Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Motiver votre position. d) De quelles ressources mobilisables la recourante dispose-t-elle ? e) Quel est le contexte social ? La recourante peut-elle compter sur le soutien de ses proches ? f) Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle

être attribuée à une incapacité de la recourante à reconnaître sa maladie ? g) Dans l'ensemble, le comportement de la recourante vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ?

E. 21

Commenter et discuter les avis médicaux du SMR, des experts s'étant déjà prononcés et des médecins traitants et indiquer - cas échéant - pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés.

E. 22

Formuler un pronostic global.

E. 23

Toute remarque utile et proposition des experts. 5. 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. 6. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans. 7. Réserve le fond.

La greffière

Nathalie LOCHER

La présidente

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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