

GE_GERICHTE ATAS/902/2019 vom 2. Oktober 2019

GE Cour de justice, 2019-10-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_902_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/902/2019 du 2 octobre 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/902/2019 del 2 ottobre 2019

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

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 3

Le litige porte sur le droit de la recourante a une rente entière d'invalidité dès la fin de son droit au salaire en 2012.

E. 4

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).

A/3537/2018 - 21/32 - En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

E. 5

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; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La

détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b)

E. 6

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). 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). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1) Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de

A/3537/2018 - 22/32 - ce diagnostic retenu par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance

déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

E. 7

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 champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

E. 8

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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

A/3537/2018 - 23/32 - 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). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un

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

A/3537/2018 - 24/32 - En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 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. A 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). Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en

raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en

A/3537/2018 - 25/32 - collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

E. 9

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

A/3537/2018 - 26/32 - p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d).

E. 10

a. En l'espèce, la recourante conteste le taux d'invalidité de 29% dans une activité adaptée dès le 2 juin 2014, retenu par l'intimé dans la décision querellée, au motif qu'elle n'avait pas réussi à travailler lors des mesures de réadaptation, en raison de ses douleurs. Ce faisant, elle remet en cause la capacité de travail retenue par les experts. b. Il convient d'examiner en conséquence la force probante de l'expertise sur laquelle l'intimé s'est fondé pour calculer le taux d'invalidité. Le Dr N_____ a pris ses conclusions du 24 mai 2017 sur un examen clinique de la recourante effectué le 14 mars 2017, l'étude de son dossier et des entretiens téléphoniques avec les Drs K_____ et E_____. L'expert a résumé le dossier de l'assurée et a procédé à une anamnèse complète. Il a rapporté les plaintes subjectives de l'assurée et ses constatations objectives. Il a posé les diagnostics rhumatologiques ayant une incidence sur la capacité de travail d'omarthrose; de spondylarthrose lombaire sans compression radiculaire M47; de discopathies L3-L4 et L4-L5, sans compression radiculaire, et de status post ostéotomie du trochin, émondage des ostéophytes, arthrolyse et ténodèse du long chef du biceps le 15 janvier 2013. S'agissant des crises douloureuses qui pouvaient toucher n'importe quelle partie du corps de survenue et de durée imprévisibles décrites par la recourante, l'expert n'avait pas d'explications. Il n'a pas retenu le diagnostic de fibromyalgie, car pendant l'expertise, la recourante n'avait pas manifesté de comportements douloureux. La seule limitation ostéo-articulaire au status concernait l'épaule droite. La recourante

A/3537/2018 - 27/32 - conservait une bonne mobilité du rachis lombaire malgré les discopathies et l'arthrose lombaire postérieure objectivées à l'IRM du 15 mars 2017. Il relevait à cet égard que le Dr K_____ n'avait pas non plus d'explications somatiques aux douleurs de la recourante et qu'il ne retenait pas le diagnostic de fibromyalgie. Dans son rapport adressé le 19 octobre 2015 au Dr E_____, le Dr K_____ indiquait qu'il n'y avait pas lieu de poser le diagnostic de polymyalgia rheumatica dans le cas de l'assurée et que certaines douleurs qu'elle avait développées évoquaient une fibromyalgie. Ce rapport ne

remet pas en cause la valeur probante de l'expertise du Dr N_____, bien qu'il évoque une fibromyalgie, dès lors qu'il a été établi bien avant l'expertise et que celle-ci est notamment fondée sur un entretien téléphonique plus récent avec le Dr K_____, lors duquel ce dernier a indiqué qu'il n'avait pas d'explication sur le plan rhumatologique aux crises douloureuses de la recourante et qu'il ne retenait pas le diagnostic de fibromyalgie. La teneur de cet entretien est confirmée par les déclarations de l'assurée faite à l'expert auquel elle a indiqué que le Dr K_____ estimait qu'elle souffrait plutôt de crises d'angoisse avec un fond d'arthrose que d'une fibromyalgie. Enfin, le fait que le Dr E_____ pensait au diagnostic de fibromyalgie n'est pas déterminant, dès lors qu'il n'est pas spécialiste en rhumatologie et qu'il ne pouvait par conséquent pas poser ce diagnostic lui-même. Le 17 février 2014, le Dr E_____ a relevé que depuis l'intervention chirurgicale, il y avait une amélioration des douleurs de l'assurée. Il estimait néanmoins que la mobilité était réduite, en lien avec l'épaule de l'assurée, et que les limitations fonctionnelles actuelles empêchaient toute activité, tant domestique que de type bureau. Cette appréciation médicale ne remet pas en cause la valeur probante de l'expertise du Dr N_____, dès lors que le Dr E_____ fonde une incapacité totale de travail en raison des limitations de la recourante liées à son épaule, sans envisager un travail respectant ses limitations. Il est peu vraisemblable que de telles limitations fonctionnelles empêchent toute activité. Quant au rapport établi par le Dr I_____, il retient que l'assurée souffrait de lombalgies non spécifiques ainsi que d'un déconditionnement musculaire et qu'elle pourrait exercer une activité adaptée au handicap, à réévaluer dans trois mois, dans un poste sans port de charge à 50%. Ce rapport ne suffit pas non plus à remettre en cause la valeur probante du rapport de l'expert, dès lors que le Dr I_____ retient également une capacité de travail dans une activité adaptée, même s'il a une appréciation différente du pourcentage de travail exigible. Une évaluation médicale complète et approfondie d'un médecin indépendant ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion divergente. Il en résulte que le rapport d'expertise du Dr N_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. S'agissant du rapport d'expertise psychiatrique du Dr M_____, il n'est pas contesté par les parties et il y a ainsi lieu de se fonder sur ses conclusions, étant

A/3537/2018 - 28/32 - relevé qu'il répond aux réquisits pour se voir reconnaître force probante. Les rapports de la Dresse O_____ ne suffisent pas à remettre en cause les conclusions du Dr M_____, et en particulier son appréciation de la capacité de travail de la recourante, étant relevé que, dans son rapport du 6 juin 2017, celle-ci ne retenait qu'un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité légère (alors que l'expert retenait pour sa part le diagnostic d'épisode dépressif récurrent, actuellement moyen), sans se prononcer sur la capacité de travail. Ce n'est que le 21 novembre 2017 que la Dresse O_____ a retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité modérée, en précisant que les atteintes incapacitantes étaient insurmontables dans le contexte actuel. Il ne ressort pas des rapports de la Dresse O_____ d'éléments qui auraient été ignorés par l'expert suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de celui-ci. Il convient encore de relever que le bilan intermédiaire du stage de l'assurée au DIP du 8 novembre 2013 est plutôt favorable et qu'il ne confirme pas que la recourante était totalement incapable de travailler, du moins jusqu'à son arrêt de travail en mars 2017. Ce dernier a été pris en compte par l'intimé, qui a, sur la base d'un avis du SMR du 28 juin 2017, retenu que la recourante avait été totalement incapable de travailler dans toute activité du 27 mars au 1er juin 2014, en lien avec une poussée d'arthrose hyperalgique de l'épaule droite. La décision querellée est donc fondée en tant qu'elle a établi la capacité de travail

résiduelle de la recourante sur la base des expertises effectuées par les experts M_____ et N_____. Le calcul de l'invalidité n'a pas été critiqué par la recourante et il n'appelle pas la critique. Il en résulte que c'est à juste titre que l'intimé a retenu un taux d'invalidité de 29% dans une activité adaptée dès le 2 juin 2014.

E. 11

a. La recourante a encore contesté la prise en compte par l'intimé d'une nouvelle atteinte à la santé dès mars 2017. Selon elle, son état de santé n'avait pas changé depuis mars 2012. C'était simplement depuis mars 2017 qu'elle suivait une psychothérapie, qui concluait que ses douleurs étaient liées à une dépression physique. Un nouveau diagnostic n'était donc pas tombé en mars 2017, étant rappelé que ses douleurs existaient depuis mars 2012. Elle avait suivi plusieurs psychothérapies avant ce diagnostic, ce qui démontrait que le diagnostic de trouble dépressif récurrent était déjà présent lors de ses précédents suivis psychiatriques (groupe de parole à la clinique de Beau-Séjour, suivi psychiatrique au CTB avec prise régulière d'antidépresseurs). b. Le Tribunal fédéral a jugé que la survenance d'une atteinte à la santé totalement différente de celle qui prévalait au moment du refus d'une première demande de prestations et propre, par sa nature et sa gravité, à causer une incapacité de travail de 40% au moins en moyenne sur une année avait, compte tenu de l'absence de connexité matérielle avec la situation de fait prévalant au moment du refus de la première demande de prestations, pour effet de créer un nouveau cas d'assurance

A/3537/2018 - 29/32 - (ATF 136 V 369 consid. 3.1 p. 373 et les références; arrêt 9C_294/2013 du 20 août 2013 consid. 4.1 et les références, in SVR 2013 IV n° 45 p. 138; voir également MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3ème éd. 2014, n. 138 ad art. 4 LAI). Dans un arrêt 9C_697/2015 du 9 mai 2016, le Tribunal fédéral a confirmé – s'agissant d'un assuré qui avait été incapable de travailler d'abord en raison de troubles somatiques (lésions subies à l'épaule à la suite de l'accident survenu en juillet 2009), puis en raison de troubles psychiatriques (schizophrénie paranoïde et trouble dépressif sévère dès janvier 2012), – les conclusions des premiers juges qui avaient considéré que les atteintes somatiques de juillet 2009 étaient distinctes de celles psychiatriques apparues en janvier 2012 et que les secondes ne pouvaient être rattachées par un lien temporel à l'accident de juillet 2009. L'autorité cantonale avait considéré qu'un nouveau cas d'assurance était survenu en janvier 2012, entraînant le départ d'un nouveau délai de carence échéant une année plus tard. En effet, par son argumentation, l'administration n'était pas parvenue, selon lui, à démontrer qu'un lien de fait et de temps existait entre la première et la seconde atteinte à la santé. Elle se limitait à faire part de sa propre appréciation des faits, sans discuter les considérations des premiers juges. Ces derniers avaient expliqué qu'en plus du fait que la cause d'invalidité survenue en janvier 2012 (troubles psychiatriques) était par nature différente de celle survenue en 2009 (troubles somatiques), l'hypothèse d'une décompensation des troubles psychiques en raison de l'accident n'aurait pas permis, si elle devait être considérée comme vraisemblable, de retenir que les troubles somatiques et psychiques étaient une seule et même invalidité, car l'atteinte psychiatrique n'était devenue incapacitante qu'en janvier 2012. L'intervalle temporel entre le moment où était survenue l'incapacité de travail due à l'atteinte physique et celui où l'atteinte psychique avait entraîné une incapacité de travail comportait trente mois. On ne pouvait dès lors parler d'une évolution en parallèle des deux atteintes en cause. En outre, le fait qu'il n'y avait pas eu d'interruption de l'incapacité de travail depuis l'accident de 2009 et que les deux atteintes avaient, à un moment donné, coexisté, ne

suffisait pas à retenir un unique délai de carence. La jurisprudence avait admis qu'un nouveau cas d'assurance pouvait survenir même si une première atteinte à la santé était toujours présente et causait une incapacité de travail lorsqu'une nouvelle atteinte à la santé totalement distincte apparaissait (arrêt du Tribunal fédéral 9C_294/2013 du 20 août 2013 consid. 3.1 et 4.2). c. En l'espèce, la recourante a déposé une demande de rente d'invalidité le 19 mars 2013, en raison d'une incapacité de travail de 100% liée principalement aux suites d'un cancer du sein et d'un traumatisme à l'épaule. Le premier psychiatre à avoir posé un diagnostic psychiatrique incapacitant est le Dr M_____, dans son rapport d'expertise du 8 juin 2017, soit plus de quatre ans après la demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée par la recourante. Cette dernière n'a commencé un suivi avec un psychiatre, la Dresse O_____, que suite à l'expertise du

A/3537/2018 - 30/32 - Dr M_____, à teneur du rapport de la Dresse O_____ du 21 novembre 2017. Il résulte, en outre, des rapports d'expertise et de la Dresse O_____ du 6 juin 2017 que l'atteinte psychiatrique de la recourante n'est pas due qu'aux suites de son état douloureux, mais qu'elle est également liée à des épisodes traumatiques qui se sont passés dans son enfance. Il s'agit donc bien là d'une nouvelle atteinte distincte de l'atteinte somatique. La psychiatre de la recourante l'a d'ailleurs confirmé en indiquant, dans son rapport du 6 juin 2017, que mis à part la problématique somatique dont sa patiente souffrait, elle posait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité légère. Ce dernier diagnostic n'était ainsi pas uniquement mis en lien avec les suites du cancer subi par la recourante, même si l'on peut penser qu'elles ont eu un rôle dans celui-ci. L'appréciation du Dr I_____ du 9 avril 2015, qui relevait que les scores de dépression du questionnaire de personnalité révélaient une détresse psychologique modérée, n'est pas déterminante, dès lors que ce médecin n'a pas posé de diagnostic psychiatrique et qu'il n'avait pas la compétence de le faire, étant lui-même spécialiste en orthopédie. Dans son rapport du 19 octobre 2015, le Dr K_____ a indiqué qu'en 2012, la patiente avait développé des douleurs diffuses qu'elle attribuait aux traitements de Femara et d'Aromasin sur plusieurs sites. Elle souffrait également d'une angoisse et d'un état dépressif réactionnel avec insomnies et certaines douleurs évoquaient une fibromyalgie. Il avait essayé d'améliorer ses souffrances en introduisant le Remeron et le Zalidar ainsi que du sulphate de quinine pour ses crampes. Elle avait eu des infiltrations de l'épaule gauche et lombaire L4-5. Elle continuait un programme de physiothérapie cervicale et lombaire. Ce rapport ne suffit pas non plus à établir un diagnostic incapacitant pour cause psychique, dès lors que le Dr K_____ n'est pas psychiatre, mais spécialiste en médecine interne, et qu'il ne se prononçait pas sur la capacité de travail de l'assurée. Il est possible que la recourante ait pu subir une atteinte psychique en réaction à ses douleurs, mais, à ce moment-là, il n'est pas établi, que cette atteinte était en elle-même incapacitante. Il faut distinguer en l'occurrence les mesures prises de soutien psychologique, visant à aider la recourante dans la gestion de ses douleurs, du diagnostic psychiatrique incapacitant posé par l'expert en 2017 et confirmé par la psychiatre de la recourante peu de temps après. La dépression de celle-ci doit donc bien être considérée comme une nouvelle atteinte faisant courir à nouveau délai de carence, comme l'a retenu l'intimé, dont la décision doit être confirmée sur ce point.

E. 12

a. La recourante a encore fait valoir que la rente octroyée devait lui être versée dès la fin de son droit au salaire, soit en 2012. b. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de

travail (art. 6 LPG) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins, mais au A/3537/2018 - 31/32 - plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPG. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance. c. Par projet de décision du 2 février 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'une rente entière lui était octroyée dès le 1er septembre 2013, puis supprimée trois mois civils entiers suivant le début des mesures de réadaptation qui avaient eu lieu le 9 septembre 2013. La recourante ne pouvait pas recevoir sa rente dès 2012, puisque son droit au versement de la rente ne pouvait prendre naissance que six mois après le dépôt de sa demande de prestation, selon l'art. 29 al. 1 LAI. Or, sa demande date du 19 mars 2013. C'est donc à juste titre que l'OAI lui a octroyé une rente entière dès le 1er septembre 2013.

E. 13

Infondé, le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

E. 14

Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI).

A/3537/2018 - 32/32 -

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.