

GE_GERICHTE ATAS/985/2021 vom 27. September 2021

GE Cour de justice, 2021-09-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_985_2021

FR: GE_GERICHTE ATAS/985/2021 du 27 septembre 2021

IT: GE_GERICHTE ATAS/985/2021 del 27 settembre 2021

Erwägungen

E. 1

a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi 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). b. Dans sa réponse au recours, du 8 juin 2021, l'intimé a soulevé la question de la compétence de la chambre de céans : la décision litigieuse a été notifiée par l'OAI du canton de Neuchâtel et les voies de droit y indiquaient que l'autorité compétente en cas de recours était le Tribunal cantonal neuchâtelois. Pour sa part, la recourante, qui n'avait pas soulevé cette problématique dans son recours, a observé que quand bien même la décision sur le calcul de sa rente d'invalidité a été rendue par l'OAI neuchâtelois, celle-ci se fondait sur le projet de décision de l'OAI de Genève annexé à la décision (à titre de motivation), lequel indiquait qu'un recours pouvait être formulé auprès de la chambre de céans, et qu'en tout état, la recourante étant domiciliée dans le canton de Genève, la CJCAS est compétente pour statuer sur le recours. c. Selon l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton du domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours. En l'espèce, il est constant que la recourante est domiciliée à Confignon/GE; elle y était déjà au moment du dépôt de sa demande de prestations, le 30 mars 2017, et elle n'en a pas changé depuis. Il ressort d'ailleurs de la banque de données de l'office cantonal de la population et des migrations (CALVIN), consultée le 8 septembre 2021, que l'assurée est arrivée à cette adresse le 15 janvier 2016 (sans interruption à ce jour). Elle était donc domiciliée dans ce canton au jour du dépôt du recours; en conséquence, la chambre de céans est le tribunal des assurances compétent au sens de l'art. 58 LPGA. d. Ceci dit, il est vrai qu'à la forme, la première partie de la décision entreprise semble insolite, puisqu'elle est rendue sur le papier en-tête de l'OAI neuchâtelois. Cela ne change toutefois rien à la compétence de la chambre de céans. Il s'agit

A/1627/2021 - 20/36 - d'une simple inadvertance de la caisse de compensation neuchâteloise qui a rendu la décision pour le compte de l'OAI genevois, comme on le verra ci-après. La chambre de céans s'étonne que l'intimé ait cru bon de soulever la question de la compétence de la juridiction genevoise, suggérant que cette dernière ne serait pas compétente, du fait que la décision entreprise aurait été rendue par l'OAI de Neuchâtel, relevant que la voie de droit indiquée était celle du tribunal compétent neuchâtelois, sans autre développement. Certes, à la forme, on peut s'étonner que la décision entreprise, bien que rendue par l'OAI de Genève – qui ne le conteste d'ailleurs pas -, comme cela ressort de la motivation de la décision (intitulée « Projet d'acceptation de rente octroi d'une rente d'invalidité limitée dans le temps ») annexée à la première partie de la décision déterminant

le montant des rentes, soit formellement rendue au nom de l'OAI de Neuchâtel. Celle-ci mentionne d'ailleurs qu'une copie de la décision (principalement adressée au conseil de l'assurée) était également adressée à cette dernière, à son adresse de Confignon, ainsi qu'à l'Hospice général de Genève. La raison de cette anomalie ressortait implicitement, sinon explicitement, du dossier même de l'OAI. Ainsi, l'intimé était en mesure d'y trouver l'explication. Plutôt que de soulever inutilement la question de la compétence de la CJCAS, il eut été mieux inspiré de simplement attirer au besoin l'attention de la chambre de céans sur le fait qu'en réalité, l'utilisation du papier en-tête de l'OAI neuchâtelois résultait d'une inadvertance, sans incidence sur la compétence de la juridiction genevoise. En effet, lorsque l'OAI a adressé son projet d'acceptation de rente, le 23 octobre 2020, au conseil de la recourante, il a, par courrier du même jour, demandé à la caisse cantonale genevoise de compensation (CCGC) de calculer la prestation en espèces, mais d'attendre la motivation de la décision avant d'effectuer les éventuelles compensations, et de notifier la décision (doc. 100 dossier OAI). Or, à réception, le 26 octobre 2020, d'un courriel de la CCGC l'informant qu'elle lui retournait le dossier de rente de l'assurée, en raison du fait que l'époux de cette dernière (ndr. : M. B_____, qui, selon CALVIN, a quitté Genève pour le canton de Neuchâtel le 1er juillet 2019) percevait une rente d'invalidité de la part de la caisse 24 (caisse cantonale de compensation neuchâteloise - CCNC), selon extrait télézas3 annexé, et invitant dès lors l'office à transmettre les documents nécessaires à la caisse compétente, l'OAI a ré-adressé, le jour-même, à la CCNC, la demande de calcul de rente initialement adressée à la CCGC (doc 102 et 103 dossier OAI). Par la suite, le conseil de l'assurée ayant indiqué à l'OAI que sa mandante s'opposait au projet de décision, mais précisant toutefois que pour des raisons financières, l'assurée invitait l'OAI à rendre sa décision finale, qu'elle contesterait directement auprès de la chambre de céans, l'OAI a écrit un nouveau courrier à la CCNC, « afin de préparer le calcul de la prestation et de notifier la décision », en lui adressant (en guise de motivation) le texte même du projet de décision (du 23 octobre 2020), (doc. 109, dossier OAI). C'est ainsi que la caisse neuchâteloise, comme l'aurait fait la CCGC en pareille circonstance, a procédé au calcul des rentes et a édité la décision sur le A/1627/2021 - 21/36 - papier en-tête de l'OAI qu'elle avait à disposition (soit celui de l'OAI neuchâtelois au lieu de l'office genevois). Sur le fond, la procédure était pleinement conforme au droit (notamment art. 60 LAI, 44 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201], par analogie, et art. 64a de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 [LAVS - RS 831.10], 50g et ss du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants du 31 octobre 1947 [RAVS - RS 831.101]) : en substance, dans le cas d'assurés mariés, si, au moment de la survenance d'un cas d'assurance touchant l'assuré, son conjoint était déjà bénéficiaire d'une rente, il appartient à la caisse de compensation qui verse la première rente de procéder au calcul de la seconde, et de la verser au bénéficiaire. Au vu de ce qui précède, la compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est 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). 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).

E. 3

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7^{ème} jour avant Pâques au 7^{ème} jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable.

E. 4

a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve. b. La maxime inquisitoire signifie que l'assureur social et, en cas de litige, le juge, établissent d'office les faits déterminants, avec la collaboration des parties, sans être liés par les faits allégués et les preuves offertes par les parties, en s'attachant à le faire de manière correcte, complète et objective afin de découvrir la réalité matérielle (art. 43 LPGA; art. 19 s., 22 ss, 76 et 89A LPA; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, p. 499 s.). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de

A/1627/2021 - 22/36 - l'absence de preuve (art. 28 LPGA; ATF 125 V 193 consid. 2; 122 V 157 consid. 1a; 117 V 261 consid. 3b et les références). c. Comme l'administration, le juge apprécie librement les preuves administrées, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c LPGA). Il lui faut examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les pièces du dossier et autres preuves recueillies permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il lui est loisible, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves déjà disponibles, de refuser l'administration d'une preuve supplémentaire au motif qu'il la tient pour impropre à modifier sa conviction (ATF 131 III 222 consid. 4.3; ATF 129 III 18 consid. 2.6; arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 3.1). d. Une preuve absolue n'est pas requise en matière d'assurances sociales. L'administration et le juge fondent leur 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; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, op. cit., p. 517 s.). Reste réservé le degré de preuve requis pour la notification de décisions, l'exercice d'un moyen de droit, le contenu d'une communication dont la notification est établie (ATF 124 V 400; 121 V 5 consid. 3b; 119 V 7 consid. 3c/bb; ATAS/286/2018 du 3 avril 2018 consid. 3; ATAS/763/2016 du 27 septembre 2016 consid. 4 et 5c).

E. 5

Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente de l'assurance-invalidité, et plus particulièrement sur le taux d'invalidité de la recourante, ayant une incidence sur la quotité de la rente.

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, mentale ou psychique 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/1627/2021 - 23/36 - En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

E. 7

Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant 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, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (arrêts du Tribunal fédéral 9C_89/2013 du 12 août 2013 consid. 4.1 et 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1). L'art. 17 LPGA s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif (arrêt du Tribunal fédéral 9C_244/2020 du 5 janvier 2021 consid. 4.3.1). De plus, les conditions de la révision au sens

de l'art. 17 LPGA s'appliquent également par analogie dans le cas où la personne assurée présente une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité après qu'une demande antérieure a été rejetée (Margit MOSER-SZELESS in Commentaire romand LPGA, 2018, n. 10 ad art. 17 LPGA).

E. 8

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

A/1627/2021 - 24/36 - de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2). b. Dans son arrêt de renvoi de la présente cause à l'OAI pour instruction complémentaire du 12 novembre 2019, la chambre de céans a rappelé que les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux, selon lesquels il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), étaient également applicables à d'autres pathologies, syndromes ou atteinte à la santé comme la fibromyalgie, le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie, l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles, l'hypersomnie, les troubles moteurs dissociatifs, les traumatismes du type « coup du lapin » et d'état de stress post-traumatique. En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer [cancer-related Fatigue]. Elle a en outre observé que, dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral avait modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques, pour lesquels l'examen de la CT et la capacité fonctionnelle de la personne concernée devait également se faire dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs, qui s'appliquait dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1) (pour les références jurisprudentielles détaillées : ATAS/1036/2019 consid.9). c. La CJCAS a en outre relevé que le Tribunal fédéral, qui considérait jusqu'ici qu'un syndrome de dépendance primaire à des substances psychotropes (dont l'alcool) ne pouvait conduire à une invalidité au sens de la loi que s'il engendrait une maladie ou occasionnait un accident ou s'il résultait lui-même d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie, ne pouvait plus être maintenue : il était arrivé à la conclusion, dans un arrêt de principe du 11 juillet 2019 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018), que d'un point de vue médical, les syndromes de dépendance et les troubles liés à la consommation de substances diagnostiqués lege artis par un spécialiste devaient désormais également être considérés comme des atteintes (psychiques) à la santé significatives au sens du droit de l'assurance-invalidité (consid. 5.3.3 et 6). Il s'agissait dès lors comme pour tous les autres troubles psychiques, de déterminer selon une grille

d'évaluation normative et structurée (à cet égard, ATF 141 V 281) si, et le cas échéant, dans A/1627/2021 - 25/36 - quelle mesure, un syndrome de dépendance diagnostiqué par un spécialiste influençait dans le cas concret la capacité de travail de l'assuré. La gravité de la dépendance dans un cas particulier pouvait et devait être prise en compte dans la procédure de preuve structurée (consid. 6.3). Ceci était d'autant plus important que dans le cas des troubles de la dépendance – comme dans celui d'autres troubles psychiques – il y a souvent un mélange de troubles ayant valeur de maladie ainsi que de facteurs psychosociaux et socio-culturels. L'obligation de diminuer le dommage (art. 7 LAI) s'appliquait également en cas de syndrome de dépendance, de sorte que l'assuré pouvait être tenu de participer activement à un traitement médical raisonnablement exigible (art. 7 al. 2 let. d LAI). S'il ne respectait pas son obligation de diminuer le dommage, mais qu'il maintenait délibérément son état pathologique, l'art. 7b al. 1 LAI en liaison avec l'art. 21 al. 4 LPGA permettrait le refus ou la réduction des prestations (consid 5.3.1) (pour les références jurisprudentielles détaillées : ATAS/1036/2019 consid. 10). d. Ainsi, dans le contexte décrit ci-dessus, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part, et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) : - Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3), A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1) Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3). B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2) C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3) - Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4) Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

A/1627/2021 - 26/36 -

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

E. 9

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la

capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence). 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 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). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. c. 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

A/1627/2021 - 27/36 - 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). Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards - ou n'en suit pas exactement la structure - ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en oeuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8; ATF 137 V 210 consid. 6; arrêts du Tribunal fédéral 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2. et 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1). d. 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

rappports 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). e. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

A/1627/2021 - 28/36 - f. 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).

E. 10

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. 11

a. En l'espèce, on rappellera que la chambre de céans avait annulé la décision du

E. 16

Au vu de ce qui précède, le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté.

E. 17

Bien que la procédure ne soit pas gratuite, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique, il ne sera pas perçu d'émolument.

A/1627/2021 - 36/36 - 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.