

## **GE\_GERICHTE A/2187/2011 vom 29. Februar 2012**

GE Cour de justice, 2012-02-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2187\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2187_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/2187/2011 du 29 février 2012

IT: GE\_GERICHTE A/2187/2011 del 29 febbraio 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

ème Chambre En la cause Madame G \_\_\_\_\_, domiciliée à Meyrin, représentée par CAP PROTECTION JURIDIQUE recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Madame G \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1961, a effectué sa scolarité obligatoire au Portugal jusqu'à l'âge de 11 ans. Sans formation professionnelle, l'assurée est venue en Suisse en 1982. Après avoir travaillé en qualité de vendeuse chez X \_\_\_\_\_ pendant deux ans, elle n'a plus exercé d'activité lucrative après la naissance de ses enfants. Le 21 novembre 2001, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé), sollicitant un reclassement dans une nouvelle profession, un placement ainsi qu'une rente. Selon un rapport du 12 mars 2002 établi par le Dr L \_\_\_\_\_, médecin traitant, l'assurée présentait des cervicalgies, des sciatalgies à bascule et un tunnel carpien bilatéral. Elle était en incapacité de travail totale depuis le 12 janvier 2001. L'OAI a mandaté le Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, pour expertise. Dans son rapport du 10 mars 2004, l'expert a diagnostiqué des cervicalgies basses, des lombosciatalgies, une petite hernie discale L5-S1 médiane et paramédiane droite, un syndrome du tunnel carpien bilatéral à prédominance gauche, un status post méniscectomie interne partielle du genou gauche avec persistance d'une lésion grade II et une gonarthrose débutante du genou droit. Selon l'expert, les plaintes subjectives décrites par la patiente au niveau de la région cervicale et lombaire étaient assez importantes, alors que sur le plan clinique les limitations étaient plutôt modérées avec une corrélation radio-clinique assez faible. Après avoir décrit les limitations fonctionnelles, l'expert a considéré que la capacité de travail résiduelle de l'assurée dans l'activité antérieure de vendeuse était de 50%. En revanche, dans une activité adaptée respectant les limitations, la capacité de travail pouvait être estimée à 80%. Par décision du 23 septembre 2004, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée, le degré d'invalidité fixé à 26% étant insuffisant pour ouvrir droit à une rente. Quant aux mesures professionnelles, elles n'étaient pas envisageables, dès lors que l'assurée exprimait clairement ne pas être en mesure de s'y soumettre. Le Dr L \_\_\_\_\_ et l'assurée ont formé opposition, signalant l'apparition depuis quelques mois d'un état dépressif traité par le Dr N \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 17 décembre 2004, le Dr N \_\_\_\_\_ a diagnostiqué une fibromyalgie depuis fin 2003, des cervico-brachialgies chroniques depuis 1996, un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques depuis début 2004, ainsi qu'une agoraphobie avec trouble panique depuis 2002, affections pour lesquelles le taux d'incapacité de travail était de 100%. L'OAI a mandaté le Dr O \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour expertise. Dans son rapport du 20 mars 2006, l'expert n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. En

revanche, il a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant, une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques et une personnalité anxieuse, sans effets sur la capacité de travail. S'agissant du trouble somatoforme dont souffrait l'assurée, il ne semblait pas revêtir une telle intensité pour qu'elle ne puisse pas travailler. Aussi, l'incapacité de travail était-elle au maximum de 20%. Par décision du 24 avril 2006, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assurée, motif pris que le trouble somatoforme douloureux ne revêtait pas le degré de gravité requis par la jurisprudence pour être invalidant, de sorte que seules les limitations fonctionnelles somatiques retenues par le Dr M \_\_\_\_\_ lors de son expertise du 10 mars 2004 devaient être prises en compte pour l'évaluation de l'invalidité. Par l'intermédiaire de CAP COMPAGNIE D'ASSURANCE DE PROTECTION JURIDIQUE SA (ci-après : CAP), l'assurée a interjeté recours le 26 mai 2006. Par arrêt du 20 septembre 2006, entré en force, le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent, a rejeté le recours ( ATAS/821/2006 ). Le 31 mars 2008, l'assurée a présenté une nouvelle demande de prestations, refusée par décision de l'OAI du 19 septembre 2008. Suite au recours interjeté le 22 octobre 2008 par l'assurée, l'OAI a proposé, sur la base d'un avis du SMR, une instruction complémentaire, sous forme d'une expertise rhumatologique. Par arrêt du 18 mars 2009, le TCAS a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision ( ATAS/324/2009 ). A la demande de l'OAI, le Dr L \_\_\_\_\_ a établi un rapport en date du 30 août 2009, dans lequel il a indiqué qu'outre les cervicalgies, dorso-lombalgies, gonalgies, l'assurée souffrait d'un état dépressif chronique et d'angoisse. L'incapacité de travail était de 100% depuis 2001. L'assurée prétendait ne plus pouvoir exercer une quelconque activité. Le Dr P \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste FMH, a rendu un rapport en date du 21 septembre 2009. Il a indiqué avoir opéré la patiente le 10 mars 2009 et pratiqué une acromioplastie itérative de l'épaule droite et une résection distale de la clavicule. Le praticien a posé les diagnostics d'arthrose acromio-claviculaire droite, conflit sous acromial persistant, status deux ans après acromioplastie et suture du tendon du sus-épineux. La patiente était dans l'attente d'une opération de l'épaule gauche. L'épaule droite se remettait bien et le pronostic était bon pour les épaules. Le médecin ne s'est pas déterminé précisément sur la capacité de travail, tout en mentionnant que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, mais qu'il était trop tôt pour se prononcer. Interpellé par l'OAI, le Dr P \_\_\_\_\_ a indiqué en date du 1 er mars 2010 qu'il n'avait plus revu la patiente depuis son précédent rapport. Le 3 juin 2010, l'OAI a mandaté la policlinique médicale universitaire de Lausanne (ci-après : COMAI) pour une expertise pluridisciplinaire. L'expertise, effectuée par les Drs Q \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, R \_\_\_\_\_, rhumatologue, et S \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, a été rendue en date du 2 novembre 2010, suite à un examen clinique et rhumatologique du 10 août 2010. Sur les plans orthopédique et rhumatologique, les médecins ont retenu que l'assurée présentait des cervicalgies avec discrète limitation de la mobilité articulaire, une discopathie C5-C6 modérée, une limitation des rotations externes et abduction de l'épaule droite, ainsi qu'une tendinite dystale du sus-épineux gauche. Elle présentait en outre des limitations fonctionnelles dans toutes les activités nécessitant des travaux répétés à hauteur d'épaule. Par rapport à l'état de santé de 2006, il n'y avait pas d'éléments objectifs montrant une péjoration des status orthopédiques de ses épaules, de son rachis ou de son genou, de sorte que sa capacité de travail était totale dans une activité adaptée n'utilisant pas des travaux répétés à hauteur d'épaules, telle que celle de vendeuse. Sur le plan psychiatrique, les experts ont retenu en sus d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, un état

anxieux et des symptômes dépressifs dont la nature, la présentation et la sévérité devaient être différenciées du trouble somatoforme. Ils ont retenu comme diagnostic un épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique ainsi qu'une personnalité anxieuse et ont fixé la capacité de travail résiduelle à 50% dans une activité adaptée à l'état de santé en raison de la présence de troubles rhumatologiques et orthopédiques, d'un trouble somatoforme douloureux associé à un épisode dépressif moyen chez une personne anxieuse. Les difficultés évoquées par les experts entraînaient notamment une diminution des ressources adaptatives de l'expertisée et interféraient de manière significative avec ses activités professionnelles. Le 31 janvier 2011, le SMR, sous la plume de la Dresse T \_\_\_\_\_, a interpellé les experts afin de savoir s'ils faisaient une appréciation différente du même état de fait ou s'il y avait une aggravation de l'état de santé et, le cas échéant, depuis quelle date. Par courrier du 8 mars 2011, les experts ont précisé qu'à ce jour l'état dépressif, qualifié de moyen, persistait. Ils ont exposé que la capacité de travail s'était progressivement réduite au fil des ans avec épuisement des capacités adaptatives et qu'elle n'excédait actuellement pas les 50% dans une activité adaptée. Selon les experts, a posteriori, vu l'évolution, on pouvait penser que la capacité de travail était déjà réduite en 2004 à un taux difficile à préciser aujourd'hui. Ils ont ainsi répondu que, d'une part, ils avaient une appréciation différente de l'état de santé de l'assurée pour la période de 2004 à 2006 (puisque à leur avis, elle présentait déjà un état dépressif avec une capacité de travail réduite), mais d'autre part, ils avaient constaté une aggravation progressive de son état psychique au cours des années en raison d'un épuisement des capacités adaptatives. L'évolution a posteriori montrait d'ailleurs que l'assurée n'a jamais pu reprendre son travail. Par avis du 24 mars 2011, la Dresse T \_\_\_\_\_ a conclu que les experts, en retenant une incapacité de travail de 50% depuis 2001 dans une activité adaptée sans préciser s'il y a eu aggravation de l'état de santé, avaient procédé à une appréciation différente d'un même état de fait. Par conséquent, en l'absence d'une aggravation manifeste démontrée par l'expertise du COMAI, il fallait s'en tenir aux conclusions du premier rapport d'expertise de 2004, à savoir que l'assurée présentait une capacité résiduelle de travail de 80% dans une activité adaptée. Par décision du 10 juin 2011, l'OAI a repris les conclusions du SMR et nié tout droit à des prestations de l'assurance. En date du 14 juillet 2011, l'assurée, représentée par CAP, a interjeté recours devant la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice (Cour de céans), concluant à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle ou à une rente. À l'appui de son recours, elle allègue que si les experts ont admis apprécier différemment son cas s'agissant de la période 2004-2006, pour la période ultérieure à 2006, ils ont néanmoins spécifié être face à une aggravation progressive de son état de santé jusqu'à atteindre aujourd'hui une incapacité de travail de 50%. Ainsi, au jour d'aujourd'hui à tout le moins, les experts retiennent qu'elle présente une atteinte à sa santé lui causant une incapacité de travail de 50% et non pas de 20% comme retenu précédemment. Cette incapacité de travail s'explique notamment par une dépression d'intensité moyenne qui n'était pas le diagnostic posé en 2006. Par ailleurs, les experts de 2010 ont retenu qu'hormis les troubles somatiques énumérés dans leur rapport, d'un point de vue psychiatrique, elle avait épuisé ses capacités adaptatives. Par conséquent, il y a bien une aggravation de l'état de santé justifiant sa nouvelle demande de 2008, en raison de modifications notables et durables depuis la décision de l'OAI de septembre 2004. Dans sa réponse du 27 juillet 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours, se référant aux conclusions du SMR du 22 mars 2011, aux termes desquelles il n'y a pas eu d'aggravation manifeste de l'état de santé de la recourante depuis 2006, le diagnostic d'état dépressif récurrent constituant généralement une manifestation

réactive d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux. Or, dans le cas de la recourante, le trouble somatoforme douloureux dont elle était atteinte ne pouvait pas être considéré comme invalidant au sens de la jurisprudence, principalement en raison du fait qu'elle ne présentait pas de comorbidité psychiatrique grave, de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et qu'il n'y avait pas d'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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. Les dispositions de la LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, sont applicables, dans la mesure où la LAI n'y déroge pas expressément (art. 1 al. 1 LAI). 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). 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). En l'espèce, au vu des faits pertinents, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329 ). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). En vertu de l'art. 56 LPGA, les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (al. 1<sup>er</sup> ). Le recours peut aussi être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition (al. 2). Le délai de recours est de 30 jours (art 60 LPGA). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et ss. LPGA ; art. 89B loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA; RS E 5 10). L'objet du litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est aggravé dans une mesure justifiant un droit aux prestations de l'assurance-invalidité. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI; RS 831.201; ATF 109 V 262 consid. 3 p. 264 s.). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écartier sans plus amples examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références). Quand l'administration

entre en matière sur une nouvelle demande (cf. art. 87 al. 4 RAI), elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108 ) pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (arrêt non publié 9C\_412/2010 du 22 février 2011. b) 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 décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Selon la jurisprudence, aussi bien dans le cadre d'une nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 71 ) que dans celui d'une révision d'une rente au sens de l'art. 17 LGPA (ATF 133 V 108 consid. 5), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité. 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a en revanche pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier: Urs MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevison in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisonen, in: SCHAFFHAUSER/SCHLAURI [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15). 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). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 er LPGA). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294

consid. 4c in fine ). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a 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 toximanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2). 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 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. 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 maladif 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 (ATF 130 V 352 ). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). 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 (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN,

Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER ; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 ). Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4 e édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine ; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135). 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1). 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à

l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Enfin, le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 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 322 consid. 5a). En l'espèce, la recourante allègue, sur la base du rapport d'expertise daté du 2 novembre 2010, que son état de santé s'est progressivement aggravé dès 2006 jusqu'à atteindre une incapacité de travail de 50%. Outre les troubles somatiques énumérés dans l'expertise, elle considère avoir épuisé ses capacités adaptatives d'un point de vue psychiatrique, de sorte qu'elle s'estime légitimée à percevoir une rente et/ou des mesures de réadaptation professionnelle. L'intimé considère au contraire que les diagnostics retenus en 2006 sont identiques à ceux qui ressortent de l'expertise de novembre 2010, seule l'appréciation des experts quant à la répercussion sur la capacité de travail variant. Aussi, dans la mesure où les circonstances sont demeurées inchangées et en l'absence d'une aggravation de l'état de santé de la recourante, il n'y a pas matière à révision de la décision antérieure. Il s'agit dès lors de déterminer, dans un premier temps, si la recourante présente une aggravation de son état de santé suffisamment incapacitante pour ouvrir droit à une rente. Étant donné que la présente cause s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI, il convient de comparer les faits tels qu'ils prévalaient le 24 avril 2006 - date de la dernière décision entrée en force qui reposait 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 -, avec ceux qui existent au moment de la décision litigieuse. Pour rendre sa première décision, confirmée par arrêt du TCAS du 20 septembre 2006, l'intimé s'était fondé sur le rapport de l'expert psychiatre du 20 mars 2006. Ce dernier avait diagnostiqué un syndrome somatoforme douloureux persistant, un état dépressif réactionnel léger, une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques et une personnalité anxieuse. Selon l'expert, le trouble somatoforme douloureux ne revêtait pas une intensité telle que l'assurée ne puisse pas travailler et l'incapacité de travail était au maximum de 20%, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites. Le degré d'invalidité de la recourante était ainsi insuffisant pour ouvrir droit à une rente. La valeur probante de cette expertise ne saurait être remise en question, vu l'arrêt du TCAS du 20 septembre 2006 ( ATAS/821/2006 ). Dans le cadre de la nouvelle demande, la recourante a fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire rendue en date du 2 novembre 2010 par la policlinique médicale universitaire de Lausanne. Sur le plan orthopédique, l'expert a conclu qu'il n'y avait pas d'aggravation objective de l'état de santé de la recourante depuis 2006. Sur le plan

psychiatrique, l'expert a retenu en sus d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, un état anxieux et des symptômes dépressifs dont la nature, la présentation et la sévérité devaient être différenciées du trouble somatoforme. Il a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique ainsi qu'une personnalité anxieuse. Procédant de manière consensuelle, les experts ont conclu à une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée à l'état de santé, en raison de la présence des troubles de la recourante, étant précisé que pour qu'elle puisse retrouver une activité professionnelle au taux d'occupation précité, l'expertisée devrait bénéficier d'une aide au placement, en raison de la pathologie psychiatrique. De l'avis de la Cour, s'agissant de la valeur probante de la nouvelle expertise, il apparaît qu'elle comprend plusieurs volets, notamment orthopédique, rhumatologique et psychiatrique. Les praticiens, après avoir pris connaissance du dossier médical de la recourante et après l'avoir examinée, ont posé une anamnèse détaillée, ont pris en compte ses plaintes, se sont livrés à une discussion et ont répondu de manière claire et circonstanciée aux questions posées, notamment en ce qui concerne les diagnostics et la capacité de travail. Les conclusions de l'expertise sont motivées et dépourvues de contradictions. Le status psychiatrique est exposé de manière objective, l'expert psychiatre ayant expliqué l'état dépressif d'intensité moyenne présent chez la recourante et en quoi dite dépression est à distinguer du trouble somatoforme douloureux. Par ailleurs, les experts se sont également exprimés sur l'évolution de l'état de santé de l'expertisée et en particulier sur l'aggravation de ses différentes affections dès 2006. Partant, cette expertise répond à tous les réquisits pour lui reconnaître pleine valeur probante. L'intimé ne la conteste d'ailleurs pas. Il convient néanmoins de déterminer si les experts se sont, comme le soutient l'intimé, tout simplement livrés à une appréciation différente du cas de la recourante ou si, au contraire, son état de santé s'est significativement aggravé, de sorte qu'elle peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité. En l'occurrence, d'un point de vue purement psychiatrique, si le premier expert a établi que l'état dépressif de la recourante était léger et réactionnel au trouble somatoforme douloureux qu'elle présentait, le deuxième spécialiste a précisé que les symptômes dépressifs étaient à différencier du trouble somatoforme. Il a en particulier établi que la recourante évoquait de manière très différenciée, de la tristesse, des idées noires, de l'irritabilité, de la nervosité, une modification du caractère et des symptômes accompagnés d'angoisses paroxystiques, excédant clairement en intensité ce habituellement rencontré dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux, de sorte que le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique devait être retenu et dissocié du trouble préexistant. Les derniers experts ont par ailleurs considéré une aggravation progressive de l'état psychique de l'expertisée au cours des années, en raison d'un épuisement des capacités adaptatives. De l'avis de la Cour, au vu des explications fournies par les experts dans le cadre de la dernière expertise de novembre 2010 et des éclaircissements contenus dans leur rapport complémentaire du 8 mars 2011, il faut retenir que l'état dépressif n'est pas réactionnel au syndrome somatoforme douloureux présenté par la recourante. Il constitue une affection autonome et non une comorbidité psychiatrique grave et durable liée au trouble somatoforme douloureux au sens de l'ATF 130 V 352. Pour preuve, il apparaît que l'état dépressif existe déjà de manière significative chez l'intéressée depuis plusieurs années et que son acuité a évolué, passant d'une intensité légère à moyenne. Il doit ainsi être conclu que c'est en raison de cette atteinte que le dernier expert psychiatre a considéré que la recourante présentait une capacité de travail partielle. Ainsi, bien qu'il faille reconnaître que le trouble somatoforme douloureux n'est pas en soi invalidant - absence de comorbidité, de retrait social et d'échec des traitements -, il y a lieu

de retenir, au vu de la gravité et de l'acuité de la symptomatologie dépressive (tristesse, idées noires, irritabilité, nervosité, modification du caractère et angoisses paroxystiques), que l'état de santé de la recourante s'est progressivement aggravé au fil des années. En effet, ses ressources psychiques ne subsistent que dans la mesure prévue par l'expert et un effort de volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail n'est exigible de la recourante qu'à hauteur de 50% et ce dans une activité respectant ses limitations somatiques et psychiques. Il convient ainsi d'admettre que l'état de santé de la recourante s'est effectivement péjoré par rapport à la situation qui prévalait lors de la décision initiale et que sa capacité de travail a été réduite en conséquence, à concurrence de 50%. Il se justifie dès lors de procéder à la détermination du degré d'invalidité de la recourante, étant rappelé qu'au vu des pièces du dossier, l'intimé l'a précédemment considérée comme une personne active. 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. L'art. 16 LPGA s'applique par ailleurs à l'évaluation de l'invalidité des assurés. Cette dernière disposition prévoit que, 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. Il convient ainsi en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 30 consid. 1; ATF 104 V 136 consid. 2a et 2b). En ce qui concerne la comparaison des revenus, sont déterminants les rapports existant au moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente, ainsi que les modifications éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision qui ont des conséquences sur le droit à la rente (ATF 129 V 222 ; 128 V 174 ). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible, si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF non publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06). Enfin, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser, dans un arrêt du 19 décembre 2003 (ATF 130 V 121 ), que le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (en sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008), 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 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au 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 LPGA. En l'occurrence, pour déterminer le gain sans invalidité, il convient de se référer aux données statistiques (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS]), les données de l'employeur faisant défaut. Pour évaluer le gain d'invalidité, il y a également lieu, conformément à une jurisprudence bien établie, de se référer aux ESS lorsque, comme en l'espèce, l'assurée n'a pas repris d'activité lucrative (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb; VSI 2002 p. 68 consid. 3b). Dans le cas qui nous occupe, il est difficile de déterminer avec exactitude le moment à partir duquel l'état de santé de la recourante s'est aggravé, ainsi que d'en mesurer l'ampleur, ne serait-ce qu'au motif que ladite aggravation est intervenue de façon progressive selon les experts. En effet, si dans leur rapport ils ont d'abord estimé que la capacité de travail est diminuée de 50% depuis le 5 décembre 2001 - date de la première demande AI de la recourante - ils ont par la suite expliqué qu'ils n'auraient pas dû faire d'appréciation rétroactive de la capacité de travail. Vu l'évolution de l'état de santé de la recourante, ils ont néanmoins pu estimer que la capacité de travail était déjà réduite en 2004, sans pour autant parvenir à en préciser le taux. Cependant, il apparaît qu'au fil des années, l'état de santé psychique de la recourante s'est progressivement péjoré avec un épuisement de ses capacités adaptatives, de sorte qu'au moment de l'examen clinique et rhumatologique réalisé par les experts - soit le 10 août 2010 - sa capacité de travail était indiscutablement de 50% au plus dans une activité adaptée. La Cour de céans fixera donc la survenance de l'invalidité au jour de l'examen de la recourante par les experts. Le salaire mensuel brut que peuvent réaliser les femmes en 2010 est de 4'225 fr. pour une activité simple et répétitive de 40 heures dans le secteur de la production (ESS 2010, TA 1 niveau 4), soit 4'394 fr. pour 41,6 heures habituelles (La Vie Économique 1/2-2012). Réactualisé à 2011 (année de l'ouverture du droit éventuel à la rente), le salaire est de 4'336 fr. 90 (soit un indice moyen de 1,5% sur les trois premiers trimestres 2011), soit un salaire annuel de 52'042 fr. 55. Étant donné une capacité de travail de 50%, le revenu brut déterminant s'élève à 26'021 fr. 30. Lorsque le revenu d'invalidité est évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens, certains empêchements propres à la personne de l'invalidité (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) exigent que l'on réduise le montant des salaires ainsi obtenus (ATF 126 V 79 consid. 5b/aa). De telles réductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais doivent tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et cela dans le but de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalidité qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé (ATF 126 V 80 consid. 5b/bb). Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc; VSI 2002 p. 64). En l'occurrence, lors de la première demande AI formulée par la recourante, l'intimé avait procédé à un abattement de 10%, pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'intéressée. La Cour de céans n'a pas de motif de s'écarter de cette appréciation aujourd'hui. En conséquence, le salaire d'invalidité, après abattement, s'élève à 23'419 fr. 30. Après comparaison de ce revenu avec celui obtenu sans invalidité, le degré d'invalidité doit être fixé à 55%, ouvrant droit à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> août 2011 (cf. art. 28 al. b et c LAI) - sous réserve des autres conditions -, ainsi qu'à des mesures d'ordre professionnel, le cas échéant. S'agissant en particulier des mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 et ss. LAI, la Cour de céans rappelle que selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité

imminente ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité à accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable. Dans son précédent arrêt ( ATAS/821/2006 ), le TCAS avait relevé que la recourante avait clairement déclaré, lors d'un entretien avec la division de réadaptation professionnelle, qu'elle n'était pas en état de suivre de telles mesures. Dans le cadre de son recours, la recourante a au contraire expressément et principalement conclu à l'octroi de mesures professionnelles, sans que l'intimé ne se détermine sur l'adéquation de telles mesures. La Cour de céans n'a guère d'autre choix que de renvoyer la présente cause à l'intimé afin qu'il examine quelles mesures entrent en ligne en compte, la recourante ayant manifesté sa volonté de se réinsérer professionnellement, et rende une décision. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis. La cause est renvoyée à l'intimé pour examen des mesures d'ordre professionnel. La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour fixe, en l'espèce, à 1'500 fr. (art. 89H de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10 ; art. 61 let. g LPGA)). Au vu de l'issue du litige, un émolument de 500 fr. est mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Annule la décision de l'OAI du 10 juin 2011. Dit que le droit de la recourante à une demi-rente d'invalidité est ouvert dès le 1<sup>er</sup> août 2011, dans le sens des considérants. Renvoie la cause à l'OAI pour examen des mesures d'ordre professionnel et nouvelle décision. Condamne l'OAI à verser à l'assurée une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'OAI. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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