

## **GE\_GERICHTE A/488/2022 vom 23. November 2023**

GE Cour de justice, 2023-11-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_488\\_2022](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_488_2022)

FR: GE\_GERICHTE A/488/2022 du 23 novembre 2023

IT: GE\_GERICHTE A/488/2022 del 23 novembre 2023

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

Le 1<sup>er</sup> janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82 a LPGA a contrario).!

#### **E. 4**

Le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les modifications de la LAI et de la LPGA du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705), y compris les ordonnances correspondantes, sont entrées en vigueur. En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références). Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, conformément aux principes généraux du droit intertemporel (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), il convient d'évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification déterminante est intervenue jusqu'à cette date. Si tel est le cas, les dispositions de la LAI et celles du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables. Si la modification déterminante est intervenue après cette date, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022 sont applicables. La date pertinente de la modification est déterminée par l'art. 88 a RAI (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; 8C\_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3). La réglementation légale concernant la révision et le réexamen de décisions ou de décisions sur opposition entrées en force (art. 53 LPGA) n'a pas été modifiée dans le cadre du développement de l'AI susmentionné, raison pour laquelle aucune question de droit intertemporel ne se pose à cet égard (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_644/2022 précité consid. 2.2.2). En l'occurrence, la décision litigieuse a certes été rendue après le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Toutefois, il n'est pas contesté que la modification de circonstances litigieuses invoquée par la recourante à l'appui de sa nouvelle demande de rente est supposée remonter à avant cette date. Par conséquent, les dispositions applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

#### **E. 5**

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

## **E. 6**

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé du 13 janvier 2022 de rejeter la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante en juin 2020. En d'autres termes, il convient de vérifier si, comme le retient l'intimé, l'état de santé de l'assurée ne s'est pas péjoré au point de lui ouvrir droit à des prestations depuis le 14 octobre 2014, date à laquelle sa capacité de gain avait été examinée pour la dernière fois.

## **E. 7**

### **E. 7.1**

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, après avoir nié le droit à une prestation [cf. art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201)], l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5 et les références ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et les références ; ATF 130 V 71 consid. 3.2 et les références ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1 et les références).

### **E. 7.2**

L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

### **E. 7.3**

Tout changement important des circonstances propres 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 134 V 131 consid. 3 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a 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 (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

#### **E. 7.4**

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision 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 lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).!

#### **E. 8**

!

##### **E. 8.1**

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 1<sup>er</sup> janvier 2008).!

##### **E. 8.2**

L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 2 LAI).!

##### **E. 8.3**

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. 8.4**

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8). !

#### **E. 9**

!

##### **E. 9.1**

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'AI, 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 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).!

### **E. 9.2**

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, telle la CIM ou le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual) (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).!

### **E. 9.3**

Dans l'ATF 141 V 281 , le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au nombre desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).!

### **E. 9.4**

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49 , aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de 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, de 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 psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).!

### **E. 9.5**

L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'AI, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).!

### **E. 9.6**

Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, 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 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 incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence). !

Il y a lieu de se fonder 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). - 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). 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. 9.7**

Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).!

### **E. 9.8**

Selon la jurisprudence, une dysthymie (F34.1) est susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail lorsqu'elle se présente avec d'autres affections, à l'instar d'un grave trouble de la personnalité. Pour en évaluer les éventuels effets limitatifs, ces atteintes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée selon l'ATF 141 V 281 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_599/2019 du 24 août 2020 consid. 5.1 et la référence).!

### **E. 9.9**

Des traits de personnalité signifient que les symptômes constatés ne sont pas suffisants pour retenir l'existence d'un trouble spécifique de la personnalité. Ils n'ont, en principe, pas valeur de maladie psychiatrique et ne peuvent, en principe, fonder une incapacité de travail en droit des assurances au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 5.3 et les références).!

### **E. 10**

!

#### **E. 10.1**

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 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).!

#### **E. 10.2**

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 125 V 351 consid. 3). !

#### **E. 10.3**

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.!

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 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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. 11**

![endif]>![if>

### **E. 11.1**

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 126 V 353 consid. 5b et les références ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).![endif]>![if>

### **E. 11.2**

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 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). 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 (Cst. - RS 101 ; 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 ; ATF 122 V 157 consid. 1d). ![endif]>![if>

### **E. 11.3**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des

griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 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 s'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).

## E. 12

En l'espèce, l'intimé, se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire du J\_\_\_\_\_, a considéré qu'aucune aggravation de l'état de santé ayant des conséquences en termes de capacité de gain n'a pu être mise en évidence depuis la décision du 14 octobre 2014. La recourante met en doute la valeur probante de ladite expertise et considère que l'aggravation de son état psychique et physique (arthrose acromio-claviculaire de l'épaule gauche, discopathies et insuffisance veineuse des membres inférieurs) a eu des conséquences sur sa capacité de travail et devrait lui ouvrir droit à une demi-rente d'invalidité au moins, voire à des mesures de réadaptation. À l'appui de sa position, elle invoque les avis de ses médecins traitants. Il convient donc d'examiner en premier lieu la valeur probante qu'il convient d'accorder à l'expertise du J\_\_\_\_\_. Le rapport des experts apparaît très détaillé, fourni et argumenté. Il se fonde sur une anamnèse détaillée, plusieurs examens cliniques de la recourante et se fait le relais des plaintes émises par celle-ci. Il a également été établi en pleine connaissance du dossier. A cet égard, on relèvera qu'à l'évidence, le fait que l'expert ait pensé – à tort – que le psychiatre traitant était une femme et non un homme et ait confondu ses nom et prénom ne saurait porter à conséquence. De même, le fait que l'expert-psychiatre ait indiqué que le couple de la recourante avait résisté longtemps avant que les protagonistes ne se séparent n'est pas pertinent. On ne saurait, comme le fait le psychologue, tirer la conclusion de la seule séparation du couple que l'aggravation de l'état psychique de l'assurée n'a pu que se dégrader. En substance, il ressort de l'évaluation consensuelle des experts que, du point de vue psychiatrique, l'examen clinique, l'anamnèse et le descriptif de la journée de la personne assurée ne permettent pas de retenir le diagnostic d'épisode dépressif, quel qu'en soit l'intensité, mais un trouble dysthymique ayant vraisemblablement fait suite au trouble dépressif récurrent dans le passé, sans influence sur la capacité de travail. On notera à cet égard que ce n'est donc pas le SMR qui « interprète » le rapport en ce sens que la dysthymie a succédé au trouble dépressif, mais bien les experts qui s'expriment en ce sens. Du point de vue orthopédique, lors de l'examen, il a été constaté qu'ont été retrouvées des rachialgies chroniques avec troubles dégénératifs mis en évidence sur les clichés radiologiques au niveau de C3 et C4, ainsi qu'une arthrose acromio-claviculaire de l'épaule gauche. Les experts ont donc admis cette aggravation et le fait qu'elle ait des conséquences sur la capacité de travail de l'intéressée. Ils en ont donc tenu compte dans leur appréciation. Cela étant, ils n'en ont pas moins estimé que, d'un point de vue rhumatologique, si l'assurée est certes totalement incapable d'exercer l'activité de femme de chambre, elle restait apte à travailler à plein

temps comme serveuse-gérante d'une boulangerie tea-room, travail qui respecte les limitations fonctionnelles, à savoir éviter de porter des charges de plus de 5 kg, de monter et descendre des échafaudages et des échelles et de surcharger le rachis dans sa totalité. À ce propos les experts ont rappelé que l'assurée avait bénéficié d'une infiltration de l'épaule gauche avec un examen tout à fait satisfaisant, tant au niveau des amplitudes, qu'au niveau du testing de la coiffe. Du point de vue de la médecine interne, un syndrome oral d'allergie alimentaire aux fruits et une insuffisance veineuse des membres inférieurs, ainsi qu'une vessie hyperactive ont été mentionnés, dont il a été indiqué qu'ils influençaient le profil d'effort et dont il a également été tenu compte par les experts en termes de limitations fonctionnelles. Du point de vue psychiatrique, il a été indiqué qu'on ne retrouvait à l'examen, ni ralentissement psychomoteur, ni humeur dépressive constante, ni troubles de la concentration ou de l'attention, ni fatigabilité. Aucun fléchissement de la concentration n'a été constatée. Durant la majeure partie de l'examen, l'humeur a été neutre. L'assurée n'avait pas non plus montré de symptômes physiques observables en faveur d'un état anxieux. Elle a d'ailleurs expliqué que ses limitations fonctionnelles étaient en lien avec ses douleurs. Il a été rappelé qu'un épisode dépressif moyen s'accompagne habituellement de difficultés importantes à mener à bien les activités professionnelles, sociales ou ménagères. Or, l'assurée s'occupe de son ménage – hormis les tâches lourdes – en même temps que de son commerce, même si c'est partiellement. Elle fait face à toutes les activités de la vie quotidienne en dehors de certaines tâches pour lesquelles elle est limitée par des phénomènes douloureux. Elle se distrait, se promène une heure tous les jours et est bien entourée. L'expert a conclu à une dépression chronique de l'humeur, variable en fonction des événements et dépendant des situations existentielles, n'entraînant pas de difficultés importantes à mener à bien les activités professionnelles, sociales ou ménagères. Les troubles ont été jugés de sévérité insuffisante pour poser le diagnostic d'épisode dépressif de moyenne intensité ou d'intensité sévère. Les critères constitutifs d'un épisode dépressif moyen n'ont pas été retrouvés. Ce sont tous ces éléments qui ont conduit l'expert à poser le diagnostic de trouble dysthymique n'ayant pas d'influence sur la capacité de travail. Les critères jurisprudentiels de gravité n'ont pas été confirmés. Il a été noté que les dosages prescrits d'antidépresseurs avaient donné un taux en dessous du milieu thérapeutique. Sur le plan de la personnalité, il n'y avait pas trace de troubles spécifiques, mais une simple accentuation de traits de personnalité, sans effet sur la capacité de travail. Sur le plan social, en dehors d'un conflit de couple vieux de plus de vingt ans et n'ayant abouti à une séparation qu'en avril 2021, l'assurée vivait avec deux garçons majeurs présents à la maison tous les jours. Sur le plan de la cohérence, une discordance a été relevée entre les plaintes de l'assurée et le fait qu'elle se rend tous les jours dans sa boulangerie et s'acquitte de quasiment toutes les tâches ménagères ; ses troubles ne l'empêchent pas non plus de se distraire. Elle dispose donc de ressources internes importantes, puisqu'elle est capable de gérer la boulangerie, même si c'est à temps partiel, de faire face à toutes les activités de la vie quotidienne – en dehors de celles qui nécessitent une mobilisation de ses membres supérieurs – et de ressources externes, puisque ses deux garçons vivent avec elle et peuvent l'aider quand elle le demande. Elle dispose également de l'aide de son frère, ainsi que de la sollicitude de ses frères et sœurs vivant au Portugal et qui l'appellent régulièrement. Elle est aussi soutenue par deux ou trois amis avec qui elle est en contact régulier. Ont finalement été retenus à titre de diagnostics invalidants : des rachialgies chroniques avec troubles dégénératifs en C3-C4, une arthrose acromio-claviculaire de l'épaule gauche, des douleurs cervico-lombaires mécaniques, un status post-cervicobrachialgie C4-C5 sur ébauche de

hernie discale C3-C4, une insuffisance veineuse des membres inférieurs, une vessie hyperactive, un syndrome oral d'allergie alimentaire. Ont été mentionnés à titre de diagnostics non invalidants : une dysthymie, un trouble dépressif récurrent en rémission, un syndrome du canal carpien droit, un début de doigt à ressaut des quatrième et cinquième doigts de la main droite, une fibromyalgie, un syndrome de dysbalance musculaire avec déconditionnement, des palpitations, des sensations vertigineuses, des acouphènes, des céphalées de tension, une insomnie, des épigastralgies chroniques, une intolérance au gluten, une intolérance au lactose, etc. Cela étant, il a été indiqué que, d'un point de vue interdisciplinaire, le degré global d'atteinte à la santé tenant compte du profil d'effort devait être considéré comme léger. Un comportement d'amplification de la maladie a été constaté. En revanche, la capacité relationnelle et l'aptitude à nouer des contacts, tout comme la gestion de l'affect et la faculté à contrôler les impulsions, l'estime de soi, la capacité de régression, l'intentionnalité et le dynamisme ont été qualifiés de « non altérés ». Les experts ont expliqué que, depuis octobre 2014, il y a eu, d'un point de vue orthopédique, une évolution, avec l'apparition du syndrome du canal carpien en novembre 2020 et le début du doigt à ressaut. En revanche il n'y a pas eu d'évolution du point de vue psychiatrique, rhumatologique, ou de la médecine interne. Cela étant, ils ont considéré que, dans une activité adaptée telle que celle exercée par la recourante, il n'en découlait pas de diminution de la capacité de gain. Force est de constater avec l'intimé que la motivation de la recourante consiste essentiellement à souligner la divergence d'opinions entre les experts et son psychiatre-traitant quant à l'évaluation de sa capacité de travail. Aucun élément objectivement vérifiable de nature clinique ou diagnostique qui aurait été ignoré et suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts ou conclure au caractère incomplet de leur rapport n'a cependant été apporté. En définitive, c'est dès lors à juste titre que l'intimé, sur la base de cette expertise pluridisciplinaire, a conclu que l'état de l'assurée, malgré une aggravation, permet toujours une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, c'est-à-dire permettant l'épargne du dos et de l'épaule gauche. Eu égard à ces considérations, le recours est rejeté. 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.