

## **BGer 9C\_102/2017 vom 12. Juli 2017**

Bundesgericht, 2017-07-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger\\_9C\\_102\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_102_2017)

FR: TF 9C\_102/2017 du 12 juillet 2017

IT: TF 9C\_102/2017 del 12 luglio 2017

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Le recours en matière de droit public peut être formé pour violation du droit, tel qu'il est délimité par les art. 95 et 96 LTF. Le Tribunal fédéral applique le droit d'office ( art. 106 al. 1 LTF ), n'étant limité ni par les arguments de la partie recourante, ni par la motivation de l'autorité précédente. Le Tribunal fédéral n'examine en principe que les griefs invoqués, compte tenu de l'exigence de motivation prévue à l' art. 42 al. 2 LTF, et ne peut aller au-delà des conclusions des parties ( art. 107 al. 1 LTF ). Il fonde son raisonnement sur les faits retenus par l'autorité précédente ( art. 105 al. 1 LTF ) sauf s'ils ont été établis de façon manifestement inexacte ou en violation du droit au sens de l' art. 95 LTF ( art. 105 al. 2 LTF ). La partie recourante qui entend s'écarter des faits constatés doit expliquer de manière circonstanciée en quoi les conditions de l' art. 105 al. 2 LTF sont réalisées, sinon un état de fait divergent ne peut être pris en considération ( art. 97 al. 1 LTF ).

#### **E. 2**

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, en particulier sur l'évaluation de sa capacité de travail. Le jugement attaqué expose de manière complète les dispositions légales et les principes jurisprudentiels nécessaires à la solution du litige. Il suffit d'y renvoyer.

#### **E. 3**

Invoquant l'établissement inexact des faits et la violation du droit fédéral, l'assurée fait grief au tribunal cantonal d'avoir omis d'examiner son droit à des prestations d'invalidité pour la période de novembre 2010 à mars 2013. Elle lui reproche en substance d'avoir nié les conséquences de l'aggravation de son état de santé psychique en se ralliant aux conclusions des médecins du CEMed (rapport du 10 octobre 2014) plutôt qu'à celles du docteur D. \_\_\_\_\_ (rapport du 29 mars 2012).

#### **E. 4.1**

A la lecture du jugement entrepris, on constate que les premiers juges ont examiné le droit à une rente d'invalidité pour la période suivant la demande de prestations du 22 janvier 2008 jusqu'à la date de la décision administrative, le 17 septembre 2015. Ils se sont référés au rapport des experts du CEMed rendu à la lumière d'une analyse complète du dossier, prenant en considération l'histoire médicale de la recourante depuis l'accident survenu en 2006. On ne saurait dès lors retenir, comme le soutient l'assurée, qu'ils se sont contentés de constater l'absence d'un trouble dépressif invalidant seulement au jour de la décision administrative, sans examen de la situation préexistante. Ils ont d'ailleurs précisément exposé les raisons pour lesquelles ils n'ont pas retenu de péjoration de l'état de santé entre 2010 et 2013 (cf. jugement entrepris consid. 6.2.2 p. 17 s.). Ils ont expliqué que l'apparente divergence de diagnostics entre l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique arrêté

par le docteur D. \_\_\_\_\_ en 2012 et celui d'épisode dépressif léger retenu par les experts du CEMed en 2014 devait être relativisée dans la mesure où c'est à la suite de l'examen de l'assurée, en janvier 2012, que le docteur D. \_\_\_\_\_ avait fait état d'un épisode dépressif de degré moyen. Or cette pathologie s'inscrivait dans le contexte d'une aggravation momentanée (marquée principalement en 2011) de l'état de santé, ainsi que l'avait attesté la doctoresse E. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et médecin traitante (rapport du 13 septembre 2011).

#### **E. 4.2**

Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, telle que l'expertise réalisée par les experts du CEMed, il appartient à la partie recourante, si elle entend contester l'évaluation d'un expert, de faire état d'éléments objectivement vérifiables ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions ou en établir le caractère objectivement incomplet. L'assurée ne fait toutefois pas mention de tels arguments. En l'occurrence, deux appréciations médicales différentes s'opposent. Alors que les experts du CEMed avaient mis en évidence un épisode dépressif léger sans effet sur la capacité de travail (rapport du 10 octobre 2014), le docteur D. \_\_\_\_\_ avait fait état d'un épisode dépressif moyen incapacitant (rapport du 29 mars 2012). A l'aune des éléments allégués par la recourante, il n'y a toutefois pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise du CEMed. Les experts ont rendu leurs conclusions à la suite d'une anamnèse complète, de la prise en compte des plaintes de l'assurée et d'un examen clinique. Comme l'a constaté la juridiction cantonale, la description qu'a faite la recourante de son état (fatigue importante, tristesse, irritabilité, dévalorisation, baisse de la confiance en soi, idées noires [éléments caractérisant, en fonction de leur intensité, des épisodes dépressifs moyens ou sévères]) contraste à plus d'un titre avec les observations cliniques des experts (apparence soignée, bonne organisation, expression spontanée, dynamisme conservé, attitude souriante et exempte de troubles cognitifs, sans fatigue ni tristesse envahissante. Les premiers juges ont relevé que les médecins avaient tenté d'expliquer l'incohérence entre les plaintes formulées et leurs observations; ils ont pris en considération un certain contrôle que l'assurée semblait opérer sur ses émotions afin de faire bonne figure, selon ses déclarations. Ils ont dès lors écarté la présence d'une dysthymie au profit d'un épisode dépressif léger non incapacitant. Par son argumentation, la recourante ne parvient pas à faire apparaître cette appréciation comme étant arbitraire. Elle se contente de renvoyer aux rapports des docteurs E. \_\_\_\_\_ (rapports des 12 novembre 2010 et 26 mars 2013), F. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie aux Services psychiatriques de la Clinique G. \_\_\_\_\_ (rapport du 23 juin 2011), H. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie (rapport du 22 juillet 2011), et D. \_\_\_\_\_, rendus au cours de la procédure, sans toutefois mettre en évidence des éléments cliniques précis ou avancer des arguments permettant d'expliquer en quoi les troubles présentés seraient constitutifs d'un épisode dépressif moyen et non léger. On peut au demeurant ajouter que si le docteur F. \_\_\_\_\_ a constaté une incapacité de travail, celle-ci ne concernait que la période durant laquelle l'assurée avait été hospitalisée, soit du 9 mars au 14 avril 2011.

#### **E. 4.3**

Au vu de ce qui précède, faute de doutes sur la pertinence des constatations des experts du CEMed, c'est sans violation du droit ni arbitraire que la juridiction cantonale s'est fondée sur l'avis de ces derniers, de sorte qu'une instruction complémentaire n'est pas nécessaire.

**E. 5**

Partant, le recours est mal fondé. Les frais judiciaires sont mis à la charge de la recourante (art. 66 al. 1 première phrase LTF).

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