

# **GE\_GERICHTE ATAS/1222/2010 vom 30. November 2010**

GE Cour de justice, 2010-11-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1222\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1222_2010)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1222/2010 du 30 novembre 2010

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1222/2010 del 30 novembre 2010

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Dans son ordonnance d'expertise du 26 novembre 2009, le Tribunal de céans a déjà traité les questions relatives à sa compétence, au droit applicable et à l'objet du litige, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir.

### **E. 2**

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. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 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. 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). 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. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte invalidante à la santé psychique suppose en principe la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 402 consid. 6.3 ; ATFA non publié I 701/04 consid. 1.4). 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 298 consid. 4c in fine). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

### **E. 3**

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, 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 judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise 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 351 consid. 3b/aa). Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations

A/225/2009 - 12/17 - approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, 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 notamment constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire 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 351 consid. 3b/aa p. et les références). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; 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 (ATF non publié 9C\_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2).

#### **E. 4**

En l'espèce, la Dresse J\_\_\_\_\_ a rédigé son rapport d'expertise après avoir pris connaissance du dossier constitué par l'intimé et examiné la recourante à deux reprises, en février 2010. Lors de ses examens, l'expert a observé principalement un appauvrissement de

la pensée, une nette réduction de l'énergie vitale, un sentiment de perte d'espoir avec pessimisme de l'humeur, une phobie avec peur irraisonnée se manifestant à l'extérieur par des réactions d'évitement, des obsessions avec idées fixes associées à un sentiment pénible, une anxiété psychique majeure, une perte de l'estime de soi, une abolition de la libido, une abolition de la sociabilité et une intolérance au bruit. Elle a justifié le diagnostic d'agoraphobie avec trouble panique par la présence, de manifestations anxieuses psychiques et neurovégétatives survenant essentiellement dans des situations d'exposition telles la foule, les magasins, les

A/225/2009 - 13/17 - endroits publics où le déplacement sans accompagnement s'avère impossible, mais aussi d'un comportement d'évitement dont elle a précisé qu'il était au premier plan des symptômes, et d'une anxiété épisodique paroxystique (trouble panique) dont les épisodes restent imprévisibles. L'intimé soutient que le diagnostic d'agoraphobie avec trouble panique repose sur les seules plaintes de la recourante, non objectivées lors de l'expertise. Or, le diagnostic psychique a cette particularité qu'il repose tant sur les plaintes de l'assuré que sur l'examen clinique du médecin. Par conséquent, il appartient à ce dernier de confirmer ou infirmer les plaintes de l'expertisé au vu de ses observations médicales et de son expérience. La Dresse J \_\_\_\_\_ a strictement rempli son mandat d'expert, puisque, sur la base des constatations faites de son examen clinique, elle a relativisé plusieurs des plaintes de la recourante (notamment le ralentissement de la pensée, la réduction de l'énergie vitale, la perplexité face à son avenir, l'asthénie affective qu'elle a jugée bien inférieure à celle éprouvée). Au vu des explications données par l'expert, on ne voit pas en quoi le diagnostic d'agoraphobie avec trouble panique ne correspondrait pas à ses constatations. En définitive, le rapport d'expertise, établi après quatre entretiens téléphoniques avec le Dr G \_\_\_\_\_, s'avère conforme aux Lignes directrices de la Société suisse de psychiatrie d'assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques (Bulletin des médecins suisses 2004/85 p. 1905ss). En effet, il contient une partie consacrée à une discussion générale du cas, où sont intégrés, dans un tableau global cohérent, les renseignements issus du dossier, l'anamnèse, les indications subjectives, l'observation clinique et le résultat des examens complémentaires pratiqués. De plus, il comporte des conclusions cohérentes et motivées de façon convaincante en tant qu'il explique pourquoi l'expert retient le diagnostic d'agoraphobie avec trouble panique et non ceux de troubles dépressifs, de troubles obsessionnels ou de phobie sociale. En outre, l'appréciation de la capacité de travail - considérée comme nulle par l'expert depuis une période proche de l'accident du 13 novembre 2006 - correspond pour l'essentiel à celle faite par le Dr G \_\_\_\_\_, dans son rapport du 19 janvier 2009 (totale incapacité de travail depuis dix-huit mois, soit depuis juillet 2007). Les réserves émises par le Tribunal de céans dans son ordonnance d'expertise du 26 novembre 2009 concernant la valeur probante de l'expertise du COMAI au regard des constatations divergentes et des explications motivées du psychiatre traitant ne peuvent être que confirmées. En effet, dans son évaluation psychiatrique du 25 août 2008, le Dr E \_\_\_\_\_ est parti du constat que la recourante ne parvenait pas à répondre à plusieurs de ses questions. Il en a déduit l'absence d'épisode d'anxiété paroxystique ou d'agoraphobie, d'éléments d'anxiété généralisée ou encore de troubles de la perception, ce qui est contredit par l'anamnèse des autres rapports médicaux. Force est de constater que dans ces circonstances, les conclusions des experts du COMAI reposent sur une anamnèse erronée et n'ont donc pas

A/225/2009 - 14/17 - de valeur probante. Au vu des conclusions de l'expertise de la Dresse J \_\_\_\_\_, qui corroborent l'appréciation de la capacité de travail de la recourante faite par le Dr G \_\_\_\_\_, il y a lieu d'écarter le rapport du COMAI. Selon l'intimé, la valeur probante du rapport de la Dresse J \_\_\_\_\_ serait également remise en question par le fait que le diagnostic finalement retenu ne l'ait jamais été auparavant, par l'existence de nombreuses zones d'ombre et l'absence d'interprète extérieur. Le fait que l'expert judiciaire ait retenu d'autres diagnostics que les autres médecins ne constitue pas en soi un motif pour nier la force probante de ses conclusions (cf. ATF non publié 9C\_620/07 du 25 avril 2008 consid. 3.2). De plus, la Dresse J \_\_\_\_\_ précise que les rares symptômes dépressifs obsessionnels et de phobie sociale ne sont pas au premier plan mais résultent de toutes les formes d'évitement (replis social) ou de l'anticipation anxieuse avec invalidation. Par conséquent, contrairement à ce que soutient l'intimé, elle explique pourquoi elle n'a pas retenu les mêmes diagnostics que les autres psychiatres. Quant aux "nombreuses zones d'ombre" évoquées par l'intimé et relatives à l'étiologie de l'anémie ferriprive, à l'origine de la dose subtoxique d'antidépresseur, à l'adhérence de la recourante à une stratégie thérapeutique, à l'éventuelle origine organique du tableau psychiatrique et au possible syndrome de Gerstmann, il y a lieu d'observer qu'au contraire, elles montrent à quel point le travail de l'expert est fouillé puisqu'il s'est posé des questions que ne s'étaient pas posées ses confrères auparavant. Or, le rôle d'un expert consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (ATF non publié 9C\_443/2008 du 28 avril 2009). Dès lors, contrairement à ce que soutient l'intimé, il ne lui appartenait pas de faire procéder à des examens complémentaires dans le cadre de son mandat d'expertise d'autant plus que les « zones d'ombre » invoquées n'ont pas d'incidence sur l'appréciation de la capacité de travail de la recourante à partir de l'accident du 13 novembre 2006 et jusqu'à la date de la décision litigieuse, seule pertinente dans le cadre de la présente procédure. S'agissant de l'éventuelle adhérence incomplète au traitement, il convient de relever qu'il s'agit d'une des raisons pour lesquelles les experts du COMAI ont diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux, soit un diagnostic posé par exclusion qui n'a pas été retenu par la Dresse J \_\_\_\_\_ au vu de son diagnostic final. Enfin, on rappellera que l'exercice du droit à un interprète découle de l'art. 29 al. 2 Cst. La condition sine qua non pour faire valoir un droit à l'interprète est qu'un problème de langue fasse obstacle au bon déroulement de la procédure ou lèse les droits de l'assuré (ATF non publié 6B\_380/2008 du 4 août 2008, consid. 4.1). Par conséquent, un tel droit ne peut être invoqué que par la personne qui ne parle pas la langue de la procédure, soit dans une procédure du droit des assurances sociales, l'assuré. Étant donné que la recourante ne soulève aucun grief sur l'activité

A/225/2009 - 15/17 - d'interprète accomplie par son fils lors de l'expertise, l'intimé ne peut en tirer aucun argument d'autant plus que ses griefs consistent en de simples suppositions nullement établies. En effet, la qualité d'une expertise doit être examinée au regard de son contenu matériel qui, seul, permet en définitive d'apprécier le droit litigieux (cf. ATF non publié 9C\_359/2009 du 26 mars 2010, consid. 4.2). Or, dans la mesure où le contenu matériel de ladite expertise permet de trancher le litige, aucun grief de qualité ne peut être retenu. Par ailleurs, contrairement à ce que soutient l'intimé, en pratique il est extrêmement rare que le recours à un interprète professionnel soit nécessaire car, soit l'assuré bénéficie de l'assistance d'un avocat, d'un membre d'une autorité ou institution qui l'assiste, soit un membre de sa famille (enfant qui a fait sa scolarité en Suisse) ou un ami qui maîtrise la langue utilisée l'accompagne (BLANC, la procédure administrative en assurance-invalidité,

1999, p. 230 note 1104). S'agissant des griefs de la recourante, il y a lieu de préciser que, même si la Dresse J\_\_\_\_\_ n'a pas fait référence à un système de classification reconnu sur le plan psychiatrique, le seul diagnostic d'agoraphobie avec trouble panique n'amoin-drit pas la valeur probante de son rapport d'expertise dans la mesure où il est connu et permet de se faire une idée précise de l'étendue du trouble dont souffre la recourante (cf. ATFA non publié I 1084/06 du 26 novembre 2007, consid. 4). En définitive, les réponses apportées par l'expert aux questions posées par le Tribu- nal de céans apparaissent complètes et convaincantes. Son rapport ne contient ni contradictions, ni défauts manifestes. Par ses critiques, le médecin du SMR tente de substituer sa propre appréciation à celle de l'expert mais ne démontre pas de ca- rence évidente dans l'évaluation. Par conséquent, il y a lieu de suivre les conclusions de l'expert et, partant, de conclure à une totale incapacité à exercer la moindre activité depuis l'accident du 13 novembre 2006.

## **E. 5**

Reste à déterminer le degré d'invalidité et le moment où est né l'éventuel droit à une rente. Selon la lettre-circulaire n° 253 du 12 décembre 2007 de l'OFFICE FEDERAL DES ASSURANCES SOCIALES, si le cas d'assurance survient avant le 1er janvier 2008, c'est l'ancien droit qui est applicable. En l'espèce, l'incapacité de travail d'au moins 40% remonte au 14 novembre 2006 et la demande de prestations a été déposée le 10 janvier 2008. Par conséquent, la survenance du cas d'assurance - soit la naissance éventuelle du droit à la rente - se situe en novembre 2007, le délai de carence ayant commencé à courir le 14 novem- bre de l'année précédente (art. 29 al. 1 let. b aLAI). Aussi, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être reconnu dès le 1er novembre 2007 (art. 28 aLAI).

A/225/2009 - 16/17 - Lors de l'examen initial du droit à la rente, il convient d'examiner quelle est la mé- thode d'évaluation de l'invalidité qu'il s'agit d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes reconnues (méthode générale de comparaison des revenus : art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA, méthode spécifique art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA, méthode mixte art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA) dépendra du statut du bénéfici- ciaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. S'agissant du choix de la méthode pour déterminer le degré d'invalidité, force est de constater que la recourante travaillait jusqu'à son accident à un taux de 47% ce qui semble dénoter un statut mixte pour lequel il conviendrait d'appliquer la mé- thode mixte (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). Or, de même que pour les assurés actifs, l'incapacité de travail selon l'art. 28a al. 2 et 3 LAI des personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel ou n'exerçant pas d'activité lucrative ne se confond pas avec le degré d'invalidité. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail corres- pond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'ac- complissement des travaux habituels (ATF 130 V 97). Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans cha- cun des travaux habituels conformément à la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (CIIAI; chiffres 3084 ss dans sa version en vi- gueur jusqu'au 31 décembre 2008). En l'espèce, l'intimé n'a pas établi le statut de la recourante et n'a procédé à aucune instruction telle qu'enquête ménagère et appréciation

médicale concernant les divers empêchements dans la tenue du ménage. Par conséquent, le Tribunal de céans peut uniquement conclure que la recourante présente une invalidité de 100% pour ce qui a trait à son activité professionnelle et renvoyer le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire s'agissant des tâches ménagères.

#### **E. 6**

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision du 8 décembre 2008 annulée au sens des considérants et le dossier renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire s'agissant du statut de la recourante et des ses empêchements sans les activités ménagères, puis nouvelle décision. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 2'500 fr. lui sera accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGa). Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 2'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

A/225/2009 - 17/17 -

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