

# **GE\_GERICHTE ATAS/224/2014 vom 20. Februar 2014**

GE Cour de justice, 2014-02-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_224\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_224_2014)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/224/2014 du 20 février 2014

IT: GE\_GERICHTE ATAS/224/2014 del 20 febbraio 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

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 depuis le 1er 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). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont

A/397/2012 - 8/20 - entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés (ATF 130 V 343). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003) a apporté des modifications, notamment en matière de procédure (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA).

### **E. 3**

Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.

### **E. 4**

Le litige porte sur la question du droit de l'assurée aux prestations de l'assurance- invalidité au-delà du 31 mars 2008.

### **E. 5**

a) Se pose en premier lieu la question de savoir quel statut il convient d'accorder à l'assurée, car celle-ci affirme que, sans atteinte à sa santé, elle aurait travaillé à plein temps, alors que l'intimé a retenu un statut d'active à 72% (pourcentage correspondant au taux d'occupation de la recourante avant son accident). b) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte -, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré sans activité lucrative ou assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. Tant

lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. c) Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a p. 313 et les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29; voir également arrêt 9C\_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in SVR 2010 IV n° 11 p. 35). Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA, 5 al. 1 LAI et 27 RAI).

A/397/2012 - 9/20 - Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI; voir par ailleurs ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 p. 53). d) Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut non pas, malgré la teneur de l'art. 8 al. 3 LPGA, chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de l'assuré, mais se demander ce que l'assuré aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 137 V 477 consid. 6.3 p. 486 et les références; ATF 133 V 504 consid. 3.3. p. 507; voir également arrêt 9C\_27/2012 du 13 décembre 2012 consid. 3, in SVR 2013 IV n° 18 p. 48; pour le cas des rentiers et des assurés qui ont pris une retraite anticipée, voir cependant arrêt 9C\_9/2013 du 27 mars 2013 consid. 2.4 et la référence). Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait également vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation familiale, sociale et professionnelle, de la situation financière du ménage, de l'éducation des enfants, de l'âge de l'assuré, de ses qualifications professionnelles, de sa formation ainsi que de ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3 p. 337 et les références). e) Selon la définition légale, l'incapacité de gain consiste en la diminution de

l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré entrant en considération pour lui, 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 LPGA). Dans ce contexte, la rente de l'assurance-invalidité vise à la compensation d'un préjudice patrimonial qui présente une certaine importance (art. 28 al. 2 LAI); cela présuppose que la personne assurée subisse un dommage matériel objectif

A/397/2012 - 10/20 - correspondant à une perte de gain ou à une incapacité à vaquer à ses occupations habituelles liée à l'invalidité de 40 % au moins. Lorsqu'il y a lieu d'évaluer le degré d'invalidité de la personne assurée, il convient de ne pas perdre de vue l'objectif principal de l'assurance-invalidité, tel qu'il ressort du message du Conseil fédéral du 24 octobre 1958 relatif à un projet de loi sur l'assurance-invalidité ainsi qu'à un projet de loi modifiant celle sur l'assurance- vieillesse et survivants (FF 1958 II 1161 ss), soit l'atténuation des conséquences économiques de l'invalidité. Par définition, il n'appartient pas à l'assurance- invalidité d'indemniser une perte - hypothétique - de revenu ou de capacité à vaquer à ses occupations habituelles relative à des activités que la personne assurée n'aurait jamais exercées en l'absence d'atteinte à la santé. En choisissant de ne pas travailler, la personne assurée a ainsi délibérément renoncé au salaire qu'elle aurait pu réaliser en travaillant; l'absence de revenu consécutive à ce choix ne résulte pas de facteurs médicaux et ne saurait être compensée, pour quelque raison que ce soit, par l'assurance-invalidité (cf. ATF 137 V 334 consid. 5.5.3 p. 345).

## **E. 6**

En l'espèce, la recourante allègue que si elle n'a jamais travaillé à plein temps, ce n'est pas par choix, mais en raison de son manque de formation et de son permis de séjour. En effet, ce n'est qu'en 2005 qu'elle a obtenu un permis B. Elle ajoute que les secteurs d'activités pouvant être envisagés n'étaient que très limités (hôtellerie et nettoyage) et qu'on y travaille souvent sous contrat auxiliaire, à temps partiel ou sur appel. Elle fait remarquer que dès 2005, elle a cumulé deux emplois, l'un comme femme de chambre auxiliaire à 50%, l'autre comme nettoyeuse à 20%. Elle y voit la preuve qu'elle tentait bien d'augmenter son taux d'activité et assure qu'elle aurait continué si elle n'en avait pas été empêchée par l'accident dont elle a été victime en août 2006. Les allégations de la recourante n'apparaissent pas convaincantes dans la mesure où force est de constater qu'elles contredisent ses premières déclarations : lors de l'enquête ménagère, elle a en effet affirmé qu'en bonne santé, elle aurait continué à travailler au taux de 72%. C'est le lieu de rappeler qu'en présence de deux versions différentes, il faut, selon la jurisprudence, donner la préférence à celle que l'assuré a donnée en premier, alors qu'il en ignorait les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être - consciemment ou non - le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a et les références, VSI 2000 p. 201 consid. 2d). Au demeurant, aucun élément au dossier ne témoigne, avant le recours, d'une volonté de la recourante d'augmenter son taux de travail. D'ailleurs, interrogée en audience sur le point de savoir à combien elle aurait augmenté son taux d'activité, la recourante n'a pu répondre précisément. On relèvera encore qu'en 2006, le plus jeune des enfants de la recourante était déjà âgé de 18 ans, de sorte que rien ne s'opposait à ce que la recourante augmentât plus tôt son taux d'activité si telle était réellement son intention.

A/397/2012 - 11/20 - Eu égard à ces considérations, c'est donc à juste titre que l'intimé a reconnu à l'assurée un statut d'active à 72%, taux correspondant à celui des activités

exercées avant l'atteinte à la santé. Sur ce point, le recours est donc rejeté.

#### **E. 7**

Reste à vérifier le degré d'invalidité qui peut être reconnu à l'assurée postérieurement au 31 mars 2008.

#### **E. 8**

Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, 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. L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance- invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

#### **E. 9**

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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

A/397/2012 - 12/20 - 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées,

que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

#### **E. 10**

a) Par ailleurs, selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 418 et les références). b) Selon l'art. 17 LPGGA, 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. 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 LPGGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 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; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, l'art. 17 LPGGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels

A/397/2012 - 13/20 - développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

#### **E. 11**

a) En l'espèce, l'intimé, se référant principalement à l'avis du Dr B\_\_\_\_\_, a considéré que si l'assurée avait certes été en incapacité de travail depuis son accident, en août 2006, elle avait recouvré, à compter du 1er janvier 2008, une capacité de travail de 50% - selon expertise du Dr O\_\_\_\_\_, et, à compter du 29 juin 2012, de 100% - selon expertise du Dr B\_\_\_\_\_. Se pose donc la question de savoir si l'état de santé de l'assurée s'est véritablement amélioré, en janvier 2008, au point de lui permettre de recouvrer une capacité de travail partielle, puis complète, en juillet 2012. Il convient en premier lieu d'examiner les différentes expertises sur lesquelles s'est fondé l'intimé, et de manière plus générale, les nombreux avis médicaux versés au dossier. b) La première expertise effectuée à la demande de l'assureur accident par le CEMed durant l'été 2007 n'est guère utile pour répondre à la question litigieuse, d'une part, parce que son objectif était principalement de vérifier la persistance d'un lien de causalité entre les troubles subsistant et l'accident, d'autre part parce qu'elle remonte à une période bien antérieure à l'amélioration admise par l'intimé. En revanche, cette expertise permet de brosser le tableau de la situation telle qu'elle se

présentait avant ladite amélioration. Ainsi, sur le plan orthopédique, les radiographies pratiquées en mai 2007 n'ayant objectivé ni séquelles, ni troubles dégénératifs au niveau de la hanche, l'expert a conclu qu'il n'existait plus de substrat anatomique clair pouvant expliquer la symptomatologie douloureuse subjective marquée au niveau du bassin et de la hanche gauche. Sur le plan neurologique, il a été relevé que l'assurée se plaignait notamment de maux de tête persistants et de vertiges rotatoires importants ainsi que de difficultés de mémoire et de concentration mais là encore, l'expert neurologue n'a découvert aucun substrat somatique. L'expert neurologue en a tiré la conclusion que l'assurée avait vraisemblablement été victime d'un traumatisme crânio-cérébral (TCC) mineur, accompagnant un fracas facial associé à une très probable cupulolithiase post-traumatique, le tout suivi d'un syndrome post-commotionnel et de vertiges paroxystiques positionnels bénins. Désormais, l'essentiel des plaintes ne trouvait pas d'explications somatiques et entrainait vraisemblablement, de même que les atypies constatées à l'examen clinique, dans le cadre de l'état anxiodépressif présenté par l'assurée. Sur le plan strictement neurologique, l'expert a admis une perte à l'intégrité de 10% en raison de la part probablement post-traumatique des troubles neurologiques. Sur le plan psychique, l'expert a relevé que l'assurée avait souffert après sa venue en Suisse de phénomènes anxieux compatibles avec un syndrome de stress post-traumatique n'ayant cependant jamais été spécifiquement prise en charge. En 1999, après un premier accident de la circulation, elle avait souffert d'une

A/397/2012 - 14/20 - décompensation dépressive sérieuse, mise en évidence au début de l'année 2000. Cet épisode dépressif s'était par la suite résorbé et l'assurée avait pu reprendre son activité professionnelle. A l'examen, ont été mises en évidence des manifestations anxio-dépressives qualifiées d'intensité moyenne ainsi qu'une importante fixation psychologique aux douleurs résiduelles après l'accident. L'expert a émis l'avis que l'état dépressif justifiait une incapacité de travail complète depuis l'accident mais qu'il devrait être réévalué quelques mois plus tard. c) A ensuite été mandaté le Dr O\_\_\_\_\_, psychiatre, qui, dans son rapport d'avril 2008, a estimé que l'évolution avait été légèrement favorable puisque la symptomatologie dépressive n'était désormais que de gravité légère à moyenne. Il a envisagé l'hypothèse d'une évolution vers un trouble somatoforme douloureux, au vu du tableau algique atypique, tant par la localisation des douleurs que par leur caractéristique. Il a estimé que si l'assurée avait souffert d'une évolution vers un état de stress post-traumatique, celui-ci était désormais de gravité subclinique et ne jouait pas de rôle majeur dans la capacité de travail. En revanche, l'expert a retenu un nombre important de facteurs sortant du champ médical : l'acculturation, l'analphabétisme, l'absence de qualifications professionnelles, l'exercice d'une activité peu gratifiante et peu valorisante, la revendication d'un statut d'invalidé ou de maladie offrant de nombreuses solutions à des problèmes de réalité, et enfin la mauvaise observance au traitement. Finalement, le Dr O\_\_\_\_\_ a conclu, sur le plan psychique, à une capacité de travail de 50% depuis le 1er janvier 2008. Cependant, c'est à juste titre que la recourante s'étonne que tant l'intimé que le B\_\_\_\_\_ se basent sur cette expertise puisque l'assureur perte de gain, qui l'avait mise en œuvre, a admis qu'elle l'avait été en violation du droit d'être entendue de la recourante. On ne saurait dès lors s'y référer comme le font le Dr B\_\_\_\_\_ et l'intimé au prétexte que les données médicales n'auraient pas été remises en question. D'une part, elles l'ont bien été - puisque la troisième expertise est parvenue à des conclusions différentes -, d'autre part, ce serait vider le droit d'être entendu de son sens que de prendre en compte une expertise dont le mandant lui-même a admis

qu'elle avait été effectuée de manière irrégulière. d) Il convient maintenant d'examiner, précisément, la seconde expertise mise sur pied début 2009 par l'assureur perte de gain, et confiée aux Drs R\_\_\_\_\_, S\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_. Sur le plan psychiatrique, l'expert a relevé que l'assurée s'exprimait et comprenait moyennement bien le français mais que l'expertise avait pu être faite dans sa langue de référence. Bien que le discours soit plutôt pauvre il était cohérent, structuré et informatif. Ont été observés : une thymie triste, un affect labile, des pleurs, une anxiété importante avec notion d'attaques de tremblements et de troubles respiratoires évoquant fortement les attaques de panique, une anxiété généralisée, une perte de confiance, une diminution du plaisir et de l'intérêt pour le monde

A/397/2012 - 15/20 - environnant, sans anhédonie. Aucun trouble majeur du sommeil n'a été relevé, pas plus que d'idéation suicidaire ou d'acte auto-dommageable. Ont été retenus à titre de diagnostics : un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique et une anxiété épisodique paroxystique. Il a été relevé que le parcours de vie de l'assurée était extrêmement traumatisant puisque sa mère s'est suicidée lorsqu'elle était âgée de dix ans, que son père est décédé lorsqu'elle n'avait que quatorze ans et qu'en 1994, la guerre civile a éclaté dans son pays. Le Dr S\_\_\_\_\_ a considéré que, bien qu'une amélioration de la symptomatologie dépressive reste encore possible, la très grande fragilité psychique de l'assurée faisait craindre une évolution défavorable, d'autant que les éléments non médicaux (déracinement et isolement socio-culturel en raison d'une méconnaissance de la langue) aggravaient le contexte psychiatrique proprement dit. Cette expertise s'est vu reconnaître pleine valeur probante par l'assureur perte de gain puisque ce dernier a accepté, sur cette base, de continuer à prester jusqu'à épuisement du droit de l'assurée. A juste titre puisque ce rapport répond aux réquisits de la jurisprudence : fondé sur une documentation complète et des diagnostics précis, il offre une discussion convaincante de la causalité et apporte des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées (J. MEINE, L'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux exigences de qualité actuelles ?, in Schweizerische Versicherungszeitschrift, 67/1999, p. 37ss) ; il est également complet quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées, compréhensible et concluant (BÜHLER, Erwartungen des Richters an der Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567ss). On ne saurait ainsi s'en écarter. e) Se pose à présent la question de la valeur probante du rapport rendu en juillet 2010 par le Dr B\_\_\_\_\_, mandaté par l'intimé. La recourante la conteste au motif que l'entretien avec l'expert s'est déroulé en français, alors que tous les médecins qui l'ont précédemment examinée ont relevé qu'elle ne maîtrisait que très partiellement cette langue. Selon la jurisprudence, dans le contexte d'examen médicaux nécessaires pour évaluer de manière fiable l'état de santé de l'assuré et ses répercussions éventuelles sur la capacité de travail, en particulier d'un examen psychiatrique, la meilleure compréhension possible entre l'expert et la personne assurée revêt certes une importance spécifique. Il n'existe cependant pas de droit inconditionnel à la réalisation d'un examen médical dans la langue maternelle de l'assuré ou à l'assistance d'un interprète. En définitive, il appartient à l'expert, dans le cadre de l'exécution soignée de son mandat, de décider si l'examen médical doit être effectué dans la langue maternelle de l'assuré ou avec le concours d'un interprète. Le choix de l'interprète, ainsi que la question de savoir si, le cas échéant, certaines phases de l'instruction médicale doivent être exécutées en son absence pour des raisons objectives et personnelles, relèvent également de la décision de l'expert. Ce

A/397/2012 - 16/20 - qui est décisif dans ce contexte, c'est l'importance de la mesure au regard de la prestation entrant en considération. Il en va ainsi de la pertinence et donc de la valeur probante de l'expertise en tant que fondement de la décision de l'administration, voire du juge. Les constatations de l'expert doivent dès lors être compréhensibles, sa description de la situation médicale doit être claire et ses conclusions motivées (arrêt 9C\_287/2012 du 18 septembre 2012 consid. 4.1; arrêt I 245/00 du 30 décembre 2003, publié in VSI 2004 p. 144 consid. 4; arrêt 8C\_913/2010 du 18 avril 2011 consid. 3.3.1 et les arrêts cités). Le point de savoir si, au regard des circonstances concrètes du cas d'espèce et des aspects rappelés ci-avant, la compréhension linguistique entre l'expert et la personne assurée est suffisante pour garantir une expertise revêtant un caractère à la fois complet, compréhensible et concluant relève de l'appréciation des preuves et, partant, d'une question de fait. En l'occurrence, l'expert a précisé que l'assurée, arrivée bien avant l'heure du rendez-vous, avait accepté de débiter l'entretien en français. L'expert a constaté que la connaissance de la langue française était suffisante pour l'examen puisque l'assurée comprenait les questions qui lui étaient posées, signalait quand elle ne comprenait pas un mot - qui lui était alors expliqué et qu'elle intégrait par la suite. Ses propos ont également tous été compris. Suite à l'arrivée de l'interprète, l'examen a continué à se dérouler en langue française, ne nécessitant que de très rares précisions ponctuelles de la part de l'interprète. Dans ces circonstances, il ne paraît pas que la langue ait constitué un obstacle à la bonne compréhension de la situation par l'expert, ce d'autant que l'interprète, arrivé en cours d'entretien, n'a finalement été que peu mis à contribution. On ajoutera que ce n'est qu'une fois l'expertise rendue, plus précisément qu'une fois la décision litigieuse rendue, que l'assurée a soutenu n'avoir pu répondre librement et exhaustivement aux questions qui lui avaient été posées. Une telle manière de procéder apparaît douteuse au regard du principe de la bonne foi en procédure (art. 5 al. 3 Cst), selon lequel la partie qui s'aperçoit qu'une règle de procédure est violée à son détriment ne saurait laisser la procédure suivre son cours sans réagir, dans le but, par exemple, de se réserver un moyen de nullité pour le cas où le jugement à intervenir ne la satisferait pas (ATF 127 II 227 consid. 1b i.f. p. 230; voir aussi ATF 111 V 149 consid. 4c i.f. p. 150). Quoiqu'il en soit, à la lecture de l'expertise, on ne relève par ailleurs aucun indice selon lequel au cours de l'anamnèse, de la réalisation de l'examen clinique ou du status psychique, un aspect déterminant pour constater l'existence d'une atteinte à la santé psychique, poser un diagnostic y relatif, ou évaluer la capacité de travail du point de vue médical, aurait été omis en raison d'une incompréhension linguistique. La recourante invoque que le fait qu'elle ait dû communiquer principalement en français – langue qu'elle maîtrise mal – sans chercher toutefois à établir, par une argumentation précise se rapportant concrètement aux constatations de l'expert, en

A/397/2012 - 17/20 - quoi les prétendus problèmes de communication et de traduction auraient été de nature à modifier les observations de celui-ci. Dès lors, le grief tiré d'une incompréhension linguistique ne suffit pas pour remettre en cause l'appréciation du Dr B\_\_\_\_\_. La recourante conteste également les conclusions du Dr B\_\_\_\_\_, alléguant qu'elles sont en contradiction flagrante avec celles du Dr S\_\_\_\_\_, notamment sur la question de la gravité des symptômes de la dépression et sur ses capacités cognitives. A cet égard, la recourante fait valoir qu'elle est très peu scolarisée et que ses capacités n'ont jamais été évaluées de manière approfondie puisqu'on s'est limité à mettre sur le compte de l'analphabétisme des difficultés qui sont peut-être d'une tout autre nature. L'expert B\_\_\_\_\_ a estimé que l'examen ne mettait en évidence aucun élément évocateur d'une atteinte du registre psychotique ni d'un trouble grave de la personnalité et a

retenu à titre de diagnostic un status post-notation de trouble dépressif récurrent désormais en rémission complète, des notions de douleurs chroniques survenue à la suite d'un accident de la circulation en 2006 et des difficultés liées à l'acculturation, dont elle a jugé qu'ils n'avait aucune conséquence sur la capacité de travail. A l'examen, l'assurée a été décrite comme vive et collaborante, ne montrant pas de signes de douleurs ni de mouvements antalgiques. Ses capacités intellectuelles et de raisonnement ont été qualifiées d'étonnamment bonnes au vu de sa maigre scolarité. La recherche de critères de dépression au sens des classifications internationales est restée négative. Même l'attention et la concentration n'ont fait l'objet d'aucun défaut malgré plus de deux heures de questionnement soutenu dans une langue non maternelle. Les signes anxieux se sont limités à des préoccupations objectives quant à sa situation financière et à l'évolution de ses symptômes douloureux. L'assurée n'a émis aucune plainte d'ordre strictement psychiatrique et l'examen n'a pu mettre en évidence d'atteinte psychique à la santé pouvant se montrer invalidante. L'expert en a tiré la conclusion qu'il n'y avait ni limitation fonctionnelle ni réduction de l'exigibilité de l'exercice de l'activité habituelle. L'expert a ainsi exclu toute comorbidité psychiatrique importante au vu du diagnostic de trouble somatoforme douloureux retenu. Il n'a par ailleurs relevé aucun signe de perte d'intégration sociale, l'assurée entretenant d'abondants contacts avec sa famille élargie ainsi qu'avec des amis immigrés des Balkans. Le processus maladif a été décrit comme durant depuis août 2006 mais l'examen n'a montré aucun mouvement antalgique mais une démarche détendue, non ébrieuse, malgré des notions de trouble de l'équilibre. L'expert n'a en revanche pas exclu la possibilité d'une dépression par le passé, dont les signes auraient cédé sous traitement psychotrope ciblé et visiblement désormais pris correctement par l'assurée. Cependant, si l'on incluait les souffrances d'ordre

A/397/2012 - 18/20 - psychosocial liées à un passé difficile et les difficultés d'acculturation, on pouvait aisément reconnaître une souffrance plus importante chez l'assurée. Comme on le voit, le rapport du Dr B \_\_\_\_\_, complet, argumenté, fondé sur une documentation complète, des diagnostics précis, offrant une discussion convaincante de ses conclusions, doit se voir également reconnaître pleine valeur probante. En particulier, l'allégation du psychiatre traitant selon laquelle il n'aurait pas été assez tenu compte des problèmes somatiques de la recourante ou encore les éléments non médicaux auraient été surévalués ne suffit pas à jeter le doute sur les conclusions du Dr B \_\_\_\_\_ tant il est vrai que, dès la première expertise du CEMed, il a été clairement établi que les problèmes somatiques n'avaient plus aucun substrat organique, fait d'ailleurs corroboré par la suite par les médecins de la Clinique de Montana, lesquels ont retenu à titre de diagnostic principal celui de syndrome douloureux chronique. De même, la prise de position du Dr P \_\_\_\_\_, qui se contente d'alléguer qu'à son avis, la recourante reste incapable de travailler en n'avançant d'autre argument que celui que l'intéressée suit encore des séances de physiothérapie, ne saurait convaincre. On ajoutera que les problèmes cognitifs évoqués par la recourante, dûment investigués, ont été qualifiés – en novembre 2012 – de légères difficultés sur les plans de la mémoire de travail et de l'attention ainsi que des troubles de la mémoire épisodique et que les autres fonctions cognitives testées (orientation spatio-temporelle, gnosies visuelles, aptitudes visuo-constructives simples et fonctions exécutives-abstraction faite du ralentissement) ont été qualifiées de « globalement dans les normes ». Si les médecins de la consultation de la mémoire ont finalement conclu à une incapacité de travail, c'est en raison d'un tableau global, associant un syndrome de stress post-traumatique – dont les experts du CEMed avaient pourtant déjà relevé que, bien que

non traité, il n'avait pas empêché la recourante de travailler durant plusieurs années -, une anxiété importante et un état dépressif non qualifié – déjà investigués par l'expert B\_\_\_\_\_ – ainsi qu'un parcours de vie difficile et une situation socio-économique précaire – éléments non médicaux et dont l'assurance invalidité n'a pas à tenir compte. Il convient donc de se ranger à l'avis du Dr B\_\_\_\_\_ et d'admettre une pleine capacité de travail depuis le moment de l'expertise, soit juillet 2010. En revanche, les conclusions de l'expert selon lesquelles une capacité de 50% devrait être admise depuis le 1er janvier 2008 déjà – date de l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_ ne peuvent être suivies de la même manière. En effet, comme rappelé supra, l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_ doit être écartée, d'autant que les conclusions de ce dernier ne sont pas claires : il semble en effet admettre une incapacité de travail mais dont il estime qu'elle serait « d'origine malade » et non plus en lien avec l'accident. Qui plus est, elles sont contredites par l'expertise

A/397/2012 - 19/20 - ultérieure du Dr S\_\_\_\_\_, dont on a vu qu'elle devait se voir reconnaître pleine valeur probante. En effet, on ne saurait s'en écarter, comme le fait le Dr B\_\_\_\_\_, au simple motif qu'à plusieurs reprises, des éléments non médicaux ont été mentionnés. Rien ne permet en effet de conclure que le Dr S\_\_\_\_\_ les a pris en compte dans son appréciation de la capacité de travail. Eu égard aux considérations qui précèdent, il apparaît que la situation médicale a été suffisamment investiguée et qu'en l'absence d'éléments objectifs pertinents, la mise sur pied d'une cinquième expertise ne se justifie finalement pas. En particulier, le fait que les conclusions des experts S\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_ ne concordent pas quant à la capacité de travail exigible peut parfaitement s'expliquer par une amélioration de l'état de la recourante dans l'intervalle écoulé entre les deux expertises, d'autant plus qu'il apparaît que la recourante fait désormais preuve d'une bien meilleure compliance que par le passé. C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a considéré que l'assurée a recouvré une pleine capacité de travail dès le 29 juin 2010 – date de l'expertise probante du Dr B\_\_\_\_\_. Il n'y a pas lieu de revenir ici sur le calcul du degré d'invalidité, parfaitement correct et au demeurant non contesté en tant que tel. En revanche, c'est à tort que l'intimé a considéré, en désaccord avec l'expertise du Dr S\_\_\_\_\_, que l'assurée avait recouvré une capacité de travail partielle dès janvier 2008. Sur ce point, le recours est donc partiellement admis, en ce sens que la recourante se voit reconnaître le droit à une rente entière au-delà du 31 mars 2008, jusqu'au 30 septembre 2010, soit trois mois après l'amélioration constatée par le Dr B\_\_\_\_\_.

A/397/2012 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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