

GE_GERICHTE ATAS/518/2008 vom 24. April 2008

GE Cour de justice, 2008-04-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_518_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/518/2008 du 24 avril 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/518/2008 del 24 aprile 2008

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 69 al. 1 let. a LAI). La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Le recours ayant été interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.

E. 3

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision litigieuse, du 22 février 2007, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

E. 4

Déterminé par la décision du 22 février 2007 et les conclusions des parties, l'objet du litige concerne le droit de la recourante des prestations de l'assurance-invalidité, que ce soit sous forme de rente ou de mesure professionnelle, singulièrement le taux d'invalidité qu'elle présente.

E. 5

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 l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

E. 6

Il convient de rappeler que 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 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1). 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), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

A/1269/2007 - 19/27 -

E. 7

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. Dans l'assurance-invalidité, 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). 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. Le médecin traitant n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. C'est la raison pour laquelle 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; ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. 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

A/1269/2007 - 20/27 - 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). 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).

E. 8

Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

A/1269/2007 - 21/27 -

E. 9

S'agissant plus particulièrement des troubles somatoformes douloureux, la jurisprudence admet qu'ils peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; arrêt I 683/03, du 12 mars 2004, consid. 2.2.2 et les arrêts cités). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.2) et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATFA I 457/02 du 18 mai 2004, consid. 6.3). La fibromyalgie peut être assimilée à un trouble somatoforme, plus particulièrement au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATFA I 123/04 du 6 juillet 2004 consid. 4.2.1 et I 721/02 du 10 mars 2003; cf. P. A. BUCHARD, «Peut-on encore poser le diagnostic de fibromyalgie?», in: Revue médicale de la Suisse romande 2001, p. 443ss,

spéc. p. 446; cf. aussi MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in : Schaffhauser/Schlauri [éd.], *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St-Gall 2003, p. 64 n. 93). Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre une limitation de la capacité de travail susceptible d'entraîner une invalidité (ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3; Ulrich MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in : René SCHAUFFHAUSER/Franz SCHLAURI (éd.), *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St-Gall 2003, p. 64 s., et note 93). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point MEYER-BLASER, *op. cit.*, p. 76 ss, spéc. p. 81 s.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement plus, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi MEYER-BLASER, *op. cit.* p. 83, spéc. 87 s.) - raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI

A/1269/2007 - 22/27 - 2001 p. 224 s. consid. 2b et les références; ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3 et les arrêts cités; voir également ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques distinctes ou d'un autre processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3 in fine; MEYER-BLASER, *op. cit.* p. 76 ss, spéc. 80 ss). Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge (en cas de litige) ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et

judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants, énumérés ci-dessus (cf. ATFA I 683/03 précité consid. 2.2.5).

E. 10

En l'espèce, l'intimé a considéré que les critères permettant d'admettre le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux dont souffre l'assurée ne sont pas remplis et que l'intéressée pourrait, malgré ses autres atteintes à la santé, exercer à plein temps, une activité adaptée à son état. L'intimé s'est principalement basé sur l'avis du Dr G _____, spécialiste FMH en anesthésiologie et médecin de dossiers au SMR.

A/1269/2007 - 23/27 - La recourante conteste quant à elle l'avis du Dr G _____ et se réfère d'une part à l'expertise bidisciplinaire pratiquée à la demande de l'OCAI par le Centre d'expertise médicale de Champel (COMAI), d'autre part sur la décision d'incapacité au placement prononcée par l'OCE.

E. 11

Les médecins du COMAI ont retenu les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte d'intensité moyenne à sévère, de trouble dissociatif de conversion sous forme de spasmophilie, de cervicalgies et lombalgies communes chroniques et de probable trouble de la personnalité. Ils ont considéré que l'état anxio-dépressif est réactionnel non seulement aux douleurs de l'assurée mais également au comportement de son mari et, à moindre échelle, à l'état de santé défaillant de ses parents. Ces diagnostics rejoignent ceux posés par les Drs A _____ et B _____. Le premier a en effet retenu un état anxieux et une fibromyalgie, le second y a ajouté les diagnostics d'état dépressif intercurrent et de spasmophilie. Quant au Dr H _____, il a retenu les mêmes diagnostics, à l'exception de celui de trouble anxieux et dépressif mixte, qu'il a écarté au profit de celui d'épisode dépressif moyen. Les explications données par le Dr H _____ à cette divergence n'apparaissent toutefois pas très convaincantes. Ainsi, on ne voit pas que le seul fait d'avoir suivi un traitement psychothérapeutique puisse apparaître comme une preuve de la gravité de l'épisode dépressif. Par ailleurs, interrogé par le Tribunal de céans, le Dr H _____ n'a pu énoncer que trois critères diagnostiques, à savoir les troubles du sommeil, un manque de plaisir et la diminution de la libido. Pour le reste, il a indiqué qu'il lui semblait que les critères diagnostiques de la CIM-10 étaient remplis. Cette appréciation, dans la mesure où elle n'est pas suffisamment étayée, ne permet pas de s'écarter de l'avis des médecins du COMAI. Quoi qu'il en soit, que l'on retienne le diagnostic de trouble mixte anxieux et dépressif ou celui d'épisode dépressif de gravité moyenne, importe finalement peu dans la mesure où ni l'un ni l'autre de ces diagnostics ne saurait être considéré comme une comorbidité suffisante au sens de la jurisprudence dont il faut rappeler qu'elle exige la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, étant précisé que lorsqu'un trouble dépressif accompagne un trouble somatoforme douloureux et qu'il apparaît comme une réaction à celui-ci, il ne constitue pas une affection autonome, distincte du syndrome douloureux psychogène, au sens d'une comorbidité psychiatrique manifeste d'une acuité et d'une durée importantes (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence à Meyer-Blaser, op. cit., p. 81 et la note 135). En l'état, seul pourrait

peut-être constituer une comorbidité psychiatrique importante - permettant de reconnaître un caractère invalidant au trouble somatoforme douloureux dont souffre l'assurée - le trouble dissociatif de conversion se manifestant sous forme de spasmophilie. En effet, tant le Dr J _____ que le Dr A _____, le Dr B _____ ou Monsieur

A/1269/2007 - 24/27 - Q _____ l'ont estimé invalidant. Quant aux experts du COMAI, ils ont également admis dans leur discussion que les crises spastiques - qui se manifestent plusieurs fois par semaine voire par jour - amènent des interruptions forcées d'activité qui peuvent durer entre 20 minutes à 2 heures. Cependant, si les médecins du COMAI ont conclu à une incapacité de travail de 20% au moins depuis l'apparition de la spasmophilie en avril 2004, ils ont également fait figurer le trouble dissociatif de conversion au nombre des diagnostics "sans répercussion sur la capacité de travail", ce qui apparaît pour le moins contradictoire. Aucun des médecins consultés ne s'est finalement prononcé précisément sur la répercussion de ce trouble sur la capacité de travail de l'assurée. Le Dr H _____ s'est ainsi déclaré dans l'incapacité de distinguer les répercussions sur la capacité de travail des différents diagnostics posés. En conséquence, il est impossible en l'état au Tribunal de céans de déterminer la gravité de ce trouble dissociatif de conversion et de trancher la question de savoir s'il doit être considéré ou non comme une comorbidité importante au sens de la jurisprudence. Il est néanmoins indispensable de trancher cette question car les autres critères permettant de reconnaître un caractère invalidant au trouble somatoforme douloureux, ne sont manifestement pas réunis en l'espèce. En effet, aucune atteinte physique n'a été démontrée. Le Tribunal de céans n'est pas non plus convaincu qu'il y ait perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. En effet, il ressort de l'expertise du COMAI que l'assurée vit "dans un état qui ne lui semble pas trop désagréable, dont elle ne cherche pas à s'extraire au plus vite", qu'elle rend visite à sa famille au Portugal et continue à mener une vie certes retirée mais qui semblait déjà l'être auparavant. Le Dr H _____ en a certes jugé différemment. Il n'a cependant étayé sa conclusion que par le fait que l'assurée "ne lui avait pas donné l'impression d'avoir du plaisir à retourner au Portugal, à voir sa fratrie et à fréquenter ses amis". L'appréciation du Dr H _____ n'est ainsi étayée par aucun élément objectif. Par ailleurs, il semble que les traits de personnalité dont fait montre l'assurée ne sont peut être pas étrangers au développement moindre de sa vie sociale ainsi que l'a d'ailleurs reconnu le Dr H _____ en audience. Quant à l'état psychique de l'assurée, tous les médecins se sont accordés à conclure que son état psychique n'est pas cristallisé et que des mesures thérapeutiques pourraient améliorer de manière notable la symptomatologie. Même le Dr H _____ n'a pu affirmer péremptoirement le contraire. Il n'est donc nullement allégué que l'assurée aurait tenté tous les traitements possibles et que l'ensemble de ceux-ci se seraient soldés par un échec. Au contraire, tous les médecins préconisent la mise sur pied d'un traitement psychiatrique dont ils attendent que les capacités de l'assurée sortent améliorées.

A/1269/2007 - 25/27 - Quant à la question de l'influence éventuelle du trouble dissociatif de conversion et du trouble de la personnalité sur la capacité de travail de l'assurée - les autres diagnostics devant être considérés comme formant un tout avec le trouble somatoforme douloureux - le Tribunal de céans constate qu'il n'a - là encore - pas suffisamment d'éléments pour se prononcer en connaissance de cause. En effet, les avis des différents médecins divergent sur ce point. Le Dr A _____ conclut à une incapacité totale de travail depuis juillet 2004, tout comme le Dr D _____ et le Dr B _____. Ces derniers ont toutefois précisé que, par la suite, la patiente a recouvré une capacité de 50 % à

compter de février 2005. Tant que le Dr E_____ que le Dr H_____ ont retenu un trouble mixte de la personnalité avec traits dépendants et immatures. Le premier ne lui a cependant pas reconnu de caractère invalidant, à la différence du second, qui ne fournit cependant aucun élément objectif attestant d'une décompensation de ce trouble qui justifierait une incapacité de travail. Interrogé sur ce point en audience, le Dr H_____ a simplement indiqué que "l'assurée ne lui donnait pas le sentiment d'être aussi bien intégrée qu'elle le dit". Il a cependant admis qu'il lui était difficile de répondre à la question de savoir si cela était dû à son état de santé. Il a également admis que l'assurée n'a répondu que de manière peu précise à ses questions sur sa vie quotidienne. Le Dr H_____ s'est par ailleurs déclaré dans l'incapacité d'indiquer quels diagnostics avaient une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Il a reconnu que le trouble de la personnalité n'était pas directement invalidant puisqu'il est présent depuis l'adolescence, mais a suggéré qu'il pourrait avoir un rôle aggravant. Le psychiatre du COMAI, le Dr E_____, a certes exprimé l'avis que l'assurée devrait pouvoir retrouver une capacité de travail entière, mais à la condition qu'elle arrive à surmonter son état anxieux dépressif avec une aide spécialisée. Il s'agit donc là d'une capacité de travail "conditionnelle" et théorique. Quant au fait que l'assurance chômage ait reconnu l'inaptitude au placement de l'assurée, cela n'est pas relevant car l'assurance invalidité - à la différence de l'assurance chômage - ne tient pas compte des particularités du monde du travail actuel. En effet, en matière d'assurance invalidité, l'administration (ou le juge) applique la notion de marché équilibré du travail, notion théorique et abstraite, servant de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité, de l'assurance-accidents ou de l'assurance militaire. Ladite notion implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés (cf. ATF 110 V 276 consid. 3b; RCC p. 332 consid. 3b).

A/1269/2007 - 26/27 - C'est le lieu de rappeler que l'assurance-invalidité et l'assurance-chômage ne sont pas deux branches d'assurance complémentaires. Ainsi, le taux de la capacité de gain résiduelle d'une personne handicapée, sur lequel on se base pour calculer le gain assuré, ajouté au degré d'invalidité calculé conformément à la LAI, ne doit pas nécessairement être toujours égal à 100 pour cent. Ainsi, les organes de l'assurance-chômage déterminent l'aptitude au placement des personnes handicapées de manière essentiellement autonome, en collaboration avec les organes compétents de l'assurance-invalidité. A l'inverse, les décisions rendues par les organes de l'assurance-chômage au sujet de l'aptitude au placement des personnes handicapées n'ont pas d'influence sur l'évaluation de leur capacité de travail et de gain effectuée par les organes de l'AI (art. 28 al. 2 LAI, art. 15 LACI, art. 15 al. 1 et 3 OACI)

E. 12

Eu égard aux considérations qui précèdent, le Tribunal de céans considère que le dossier n'est pas en état d'être jugé dans la mesure où aucun des médecins interrogés n'a été en mesure de se déterminer avec précision sur les répercussions du trouble dissociatif de conversion s'exprimant sous forme de spasmophilie sur la capacité de travail de l'assurée. Les éléments pour qualifier la gravité de ce trouble et déterminer s'il doit être considéré comme une comorbidité suffisante au sens de la jurisprudence font également défaut. Il conviendrait d'investiguer ces points avec précision pour pouvoir trancher la question de savoir si ce trouble psychique peut être considéré comme grave et invalidant et, dans

l'affirmative, à quel point. L'avis du Dr G _____, qui n'a fait que se prononcer sur le dossier de l'assurée et ne dispose pas des connaissances spécialisées requises ne saurait suffire. Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a, en principe, le choix entre deux solutions, soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est admis et la cause renvoyée à l'intimé afin que ce dernier, après avoir fait procéder à une expertise psychiatrique par un médecin spécialisé en la matière afin de déterminer la gravité des troubles moteurs dissociatifs et la mesure dans laquelle ils influencent la capacité de travail de l'assurée, se détermine sur le degré d'invalidité de la recourante et son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

A/1269/2007 - 27/27 -

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