

## **GE\_GERICHTE A/2396/2008 vom 19. Februar 2009**

GE Cour de justice, 2009-02-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2396\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2396_2008)

FR: GE\_GERICHTE A/2396/2008 du 19 février 2009

IT: GE\_GERICHTE A/2396/2008 del 19 febbraio 2009

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 20.02.2009  
A/2396/2008

A/2396/2008 ATAS/187/2009 du 20.02.2009 ( AI ) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2396/2008 ATAS/187/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 3 du 19 février 2009 En la cause Madame E \_\_\_\_\_, domiciliée à VERSOIX recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENÈVE intimé EN FAIT Le 18 novembre 2004, Madame E \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1968, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) tendant à l'octroi d'une rente en invoquant une arthrose dégénérative précoce, une fibromyalgie et une dépression chronique. Dans le questionnaire servant à déterminer le statut d'assuré, le 2 décembre 2004, l'assurée a indiqué que si elle avait été en bonne santé, elle aurait, par besoin financier, exercé une activité lucrative à 100 % depuis 1986, en plus de la tenue de son ménage. Dans un rapport du 6 décembre 2004, le Dr L \_\_\_\_\_, généraliste FMH, a diagnostiqué un probable état borderline, une obésité pathologique (BMI 44) présente depuis 1980, des troubles statiques du dos avec syndromes vertébraux étagés existants depuis 1980 et une fibromyalgie apparue en 2000. Il a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail, des états dépressifs récidivants depuis 1988. Le médecin a conclu à une incapacité de travail de 100 % depuis le 30 août 2004 dans la profession de vendeuse non qualifiée. Il a préconisé une expertise psychiatrique. Dans l'annexe au rapport médical, le médecin a confirmé que l'activité de vendeuse non qualifiée n'était à son avis plus exigible et qu'il y avait une diminution de rendement de 100 %, mais qu'on pouvait exiger de l'assurée qu'elle exerçât une autre profession, telle qu'une petite activité indépendante impliquant peu de charges physiques, à raison de deux à trois heures par jour, ce qui correspondrait à un taux d'occupation de 50 %. Dans un rapport du 8 décembre 2004, le Dr M \_\_\_\_\_, chef de clinique au Département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F. 33.00), existant depuis 2002 et dont il a précisé qu'il était sans répercussion sur la capacité de travail. Le médecin a expliqué avoir examiné pour la première fois la patiente, le 13 août 2004, pour des troubles dépressifs, puis une seconde fois, le 26 août 2004; la patiente et lui-même avaient décidé d'un commun accord qu'il n'y avait pas d'indication pour un suivi médical. Le médecin a encore émis l'avis qu'une demande de rente n'était pas justifiée. Dans le questionnaire complémentaire relatifs aux troubles psychiques, il a fait état d'une thymie triste, d'une baisse d'élan vital et d'une asthénie. Il a estimé que l'incapacité de travail était en majeure partie due à des raisons socio-économiques ou conjoncturelles plus qu'à une affection physique ou mentale. Dans un rapport du 22 mars 2005, le Dr L \_\_\_\_\_ a fait état

d'une aggravation de l'état de santé de sa patiente et d'un changement dans les diagnostics. Il a expliqué que sa patiente avait été victime d'une agression sexuelle et que depuis lors, soit depuis le 17 décembre 2004, un état de stress aigu avec insomnie, hypervigilance et crises anxieuses était survenu. Le médecin a indiqué qu'il doutait pour l'heure de la possibilité de reprendre le travail. Dans un rapport du 14 juillet 2005, la Dresse N\_\_\_\_\_, médecin-chef du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a considéré, sur la base du rapport du psychiatre du 8 décembre 2004, qu'à cette date, il n'existait pas de maladie psychique invalidante au sens de l'assurance-invalidité, qu'à la suite de l'agression sexuelle du 17 décembre 2004, l'assurée avait mis en place une stratégie adéquate permettant de gérer le stress aigu évitant le risque d'un syndrome de stress post-traumatique et que cet événement n'avait pas laissé de séquelles. La Dresse N\_\_\_\_\_ a retenu une obésité morbide et des douleurs mal définies évoquant un diagnostic de fibromyalgie. Elle a estimé qu'aucun élément du dossier ne permettait de retenir la présence d'une maladie somatique invalidante. Par décision du 30 septembre 2005, l'OCAI, se basant sur le rapport du SMR, a nié à l'assurée le droit à une rente. Le 3 novembre 2005, l'assurée a formé opposition à cette décision. En annexe à son complément d'opposition du 17 novembre 2005, elle a produit un rapport du Dr L\_\_\_\_\_ daté du même jour faisant état de la persistance d'un état de stress post-traumatique. Par décision sur opposition du 12 juin 2006, l'OCAI a confirmé son refus de prestations. Il a considéré qu'aucun élément médical nouveau ne lui permettait de revenir sur sa position. Le 12 juillet 2006, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans et une procédure a été ouverte sous le numéro A/2582/2006. La recourante a expliqué être agoraphobe, borderline et probablement bipolaire, avoir perdu divers postes de travail à cause de son état mental, lequel l'empêchait de gérer ses coups de colère, son agressivité et son abattement malgré un suivi psychiatrique. Elle a ajouté qu'elle ne pouvait quasiment plus marcher, souffrait d'une calcification de l'articulation et d'un tendon à l'épaule gauche, de tassements vertébraux et de sciatiques bilatérales de sorte qu'elle pouvait très difficilement se baisser et n'était pas en mesure de soulever des charges de plus de cinq kilos. Elle était au surplus en train de perdre l'usage de ses mains en raison d'une arthrose dégénérative précoce. A l'appui de ses dires, la recourante a produit un rapport établi en date du 7 juillet 2006 par le Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne FMH, faisant état d'une atteinte complexe où s'entremêlaient des problèmes à la fois physiques et psychiques. Selon ce médecin, l'assurée souffrait d'une obésité sévère associée à une arthrose ayant plusieurs localisations (colonne lombaire et avant-pied gauche), de douleurs chroniques qui contribuaient à la limiter dans ses déplacements pour les activités quotidiennes et d'une symptomatologie dépressive qui pourrait s'intégrer dans le cadre d'un trouble bipolaire ou être favorisée par un trouble de la personnalité. Le médecin signalait également des symptômes anxieux de type agoraphobie et préconisait une expertise psychiatrique pour évaluer le retentissement des troubles psychiques sur la capacité de travail de la patiente. Par décision du 28 août 2006, l'OCAI a annulé ses décisions des 30 septembre 2005 et 12 juin 2006 et repris l'instruction du dossier. Par arrêt du 8 septembre 2006 ( ATAS/803/2006 ), le Tribunal de céans a pris acte de la décision de l'OCAI, constaté que le recours était devenu sans objet et rayé la cause du rôle. Dans un rapport du 6 décembre 2006, le Dr O\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un trouble bipolaire de type 2 ainsi qu'un trouble de la personnalité de type borderline existant depuis 1980, des troubles de la statique de la colonne vertébrale, des atteintes dégénératives arthrosiques et un syndrome douloureux chronique qualifié de fibromyalgie présents depuis 2000. Par ailleurs, il a

notamment fait état d'une obésité morbide favorisée probablement par un trouble du comportement alimentaire, dont il a précisé qu'elle était sans répercussion sur la capacité de travail. Il a précisé que l'état de santé de sa patiente allait en s'aggravant et que, lors de l'évaluation par le programme bipolaire du Département de psychiatrie des HUG, la patiente avait mentionné avoir subi une agression à caractère sexuel à l'âge de 12 ans, avoir commis une tentative de suicide par veino-section à 14 ans et avoir présenté des troubles du comportement alimentaire à l'adolescence. Depuis la puberté, elle présentait des symptômes de la ligne anxieuse de type agoraphobie et attaques de panique. Depuis l'âge de 19 ans, plusieurs épisodes dépressifs avaient motivé des médications psychotropes. En décembre 2004, l'attouchement commis par un voisin lui avait rappelé l'agression subie à 12 ans et l'avait perturbée longtemps; cet évènement avait eu pour conséquences une réaction dépressive et anxieuse ainsi que des insomnies avec cauchemars. Le Dr O \_\_\_\_\_ a conclu à une incapacité de travail de 100% dans l'activité de vendeuse non qualifiée. Il a précisé que la patiente décrivait des difficultés à se concentrer et à maintenir son attention ainsi que des symptômes anxieux caractérisés par la peur de rencontrer des gens dans la rue et la peur de différents lieux. Sur le plan physique, elle souffrait de douleurs du dos et des articulations périphériques de façon quasi permanente ce qui l'obligeait à se lever lentement et à marcher de manière ralentie. Le médecin a émis l'avis que l'importance des pathologies psychiatriques et leur durée, la désafférentation sociale, les limitations sur le plan physique liées à l'obésité et aux douleurs d'origine arthrosique ainsi que de type somatoforme étaient incompatibles avec la reprise d'une quelconque activité professionnelle. Il a ajouté que l'implication de troubles psychiatriques complexes et physiques le rendait très prudent quant aux possibilités d'une amélioration significative de l'état de santé de l'intéressée et d'une reprise de travail. Le médecin a décrit des limitations fonctionnelles dans toutes les fonctions sauf celles ayant trait au fonctionnement intellectuel normal et aux déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Le 16 janvier 2007, l'OCAI a confié un mandat d'expertise pluridisciplinaire au Centre d'observation médical de l'assurance-invalidité de Nyon (ci-après : COMAI). Dans le cadre de cette expertise, l'assurée a été examinée, le 1<sup>er</sup> mars 2007, par les Drs P \_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, et Q \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH. Du rapport des médecins établi le 22 mai 2007, il ressort que la patiente se plaint de douleurs dans tout le corps, présentes aussi bien la journée que la nuit, de double sciatique avec décharges électriques dans les deux jambes, de douleurs dans les cuisses, du fait que la position assise lui soit très pénible, d'irritabilité, d'angoisse lorsqu'elle se trouve à l'extérieur de chez elle, de problèmes de concentration - surtout depuis les six à sept derniers mois -, d'une pensée plutôt accélérée, de ruminations, d'irritabilité, de fatigue, de tristesse sévère, de désespoir, de pessimisme, de culpabilité, de dévalorisation, de problèmes de sommeil. Les experts ont diagnostiqué une agoraphobie avec trouble panique (F. 40.01) depuis 2005. Ils ont également retenu, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : des autres troubles affectifs bipolaires (F. 31.8), une personnalité émotionnellement labile de type borderline (F. 60.31) depuis l'adolescence, une hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques (F. 50.4) et une obésité morbide. Lors de leur examen, ils ont mis en évidence de multiples signes de Waddell. Ils n'ont pas constaté d'état de tristesse, de labilité émotionnellement marquée, de ralentissement marqué, de fatigabilité, de symptômes psychotiques, d'accélération de la pensée, d'anxiété ou d'attaques de panique au cours de l'entretien dont il a été précisé qu'il avait duré environ quatre heures. Les médecins ont considéré que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission, accompagné parfois de phases

hypomaniaques ce qui n'était alors pas le cas, d'un trouble anxieux avec description d'un trouble panique accompagné d'agoraphobie sans les cognitions habituellement associées à cette dernière. Ils ont conclu que l'assurée se sentait incapable de s'adapter au marché du travail ce qui l'avait poussée à demander une rente de l'assurance-invalidité alors que des mesures de réadaptation pourraient contribuer à une bonne réinsertion professionnelle. Les ressources personnelles étaient bonnes et un effort de volonté était raisonnablement exigible. Quant aux limitations sur le plan physique, les médecins ont admis que l'importante obésité de la patiente entraînait une limitation du port de charges à 10 kilos, du périmètre de marche, des mouvements de flexion du rachis, l'impossibilité de conservation longtemps la station debout et l'obligation de pouvoir changer souvent de position. Ils ont exprimé l'avis qu'à la condition de respecter ces limitations, l'assurée pourrait exercer à plein temps une activité s'exerçant de préférence en position assise, telle que celle de secrétaire réceptionniste exercée jusqu'alors, avec une diminution de rendement de 25 %.

Le 5 mars 2008, l'OCAI a communiqué à l'assurée un projet de décision l'informant qu'il avait l'intention de rejeter sa demande de prestations, vu les conclusions du rapport d'expertise. Dans un rapport médical du 19 mars 2008, la Dresse R\_\_\_\_\_, interniste au Département de psychiatrie des HUG, a fait état de difficultés d'ordre dépressif avec un trouble de personnalité émotionnellement labile type borderline. Selon elle, les troubles de l'humeur de la patiente semblaient être en lien avec un trouble bipolaire de type II. Les deux diagnostics étaient largement intriqués ce qui rendait d'autant plus difficile d'envisager, pour l'heure, la reprise d'une quelconque activité professionnelle à plein temps. Le 11 avril 2008, l'assurée, se référant au rapport de la Dresse R\_\_\_\_\_, a contesté le projet de décision de l'OCAI auquel elle a fait grief de ne pas tenir compte de sa bipolarité et de son état borderline. Elle a fait remarquer qu'elle n'avait pas toujours souffert de surcharge pondérale et allégué que les experts ne lui avaient pas posé les bonnes questions. Selon elle, son problème de surpoids est apparu en raison de la progression de son arthrose dégénérative précoce, de sa fibromyalgie ainsi que des tassements et déplacement vertébraux. L'assurée a ajouté souffrir depuis le 20 novembre 2007, d'une fracture du plateau tibial ayant nécessité la pose de deux plaques en titane et de plus de 20 vis. Elle a expliqué avoir dû être hospitalisée durant 23 jours au début de l'année 2008, en raison d'une surinfection ayant nécessité trois opérations et devoir à nouveau être hospitalisée à compter du 12 avril 2008 pour les mêmes raisons. Dans un rapport du 5 mai 2008, le Dr S\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a estimé que les diagnostics mentionnés dans la lettre du psychiatre traitant avaient déjà été pris en considération par l'expert psychiatre. Quant à la fracture du plateau tibial intervenue le 20 novembre 2007 avec complications infectieuses, il a considéré que l'incapacité de travail qu'elle entraînerait serait limitée dans le temps et que si tel n'était pas le cas, il s'agirait alors d'une pathologie nouvelle nécessitant une nouvelle instruction mais n'influençant pas la décision prise consécutivement à l'expertise. Par décision du 4 juin 2008, l'OCAI, se référant à l'expertise et au rapport du SMR du 5 mai 2008 a une nouvelle fois nié à l'assurée le droit à une rente d'invalidité. Par acte du 2 juillet 2008, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans. Elle requiert la mise en œuvre d'une contre-expertise par des médecins « impartiaux, contrairement à ceux qui l'ont vue il y a plus de deux ans » et auxquels elle reproche d'avoir eu des mots blessants à son encontre et de ne pas lui avoir posé les bonnes questions. Au surplus, la recourante reproche à l'intimé de ne pas tenir compte de sa bipolarité, de son état borderline, de sa fibromyalgie, de son arthrose dégénérative précoce et de son syndrome de fatigue chronique allant avec la fibromyalgie, de sa tendance à calcifier les tendons et de sa production d'excroissances

osseuses. S'agissant de sa fracture du plateau tibial, elle indique avoir subi une cinquième opération pour sauver sa jambe et précise que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse est prévue pour le 7 juillet 2008. Elle mentionne également une aggravation de son arthrose des mains à la suite du fait qu'elle a dû passer sept mois en chaise roulante. Dans sa réponse du 28 août 2008, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il fait valoir que la décision attaquée repose sur une expertise bi-disciplinaire complète et récente du COMAI. Le 2 septembre 2008, le Tribunal de céans, a communiqué cette écriture à la recourante et, sur ce, a gardé la cause à juger. EN DROIT 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité, est applicable en l'espèce dès lors que la demande de rente du 18 novembre 2004 est postérieure à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 3852), sont régies par le même principe et sont applicables. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances et l'introduction de frais de justice lors de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA et art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit puisque le recours a été formé après le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision du 4 juin 2008 a été reçue au plus tôt le lendemain de sorte que le recours du 2 juillet 2008 a été formé en temps utile (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, il est donc recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité. 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). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa teneur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004), 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. 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 références citées). 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). 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. 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). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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 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 ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Selon la jurisprudence, le fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par des relations de service ne permet pas pour ce seul motif de conclure à un manque d'objectivité ou d'impartialité de sa part. Il faut qu'il existe des circonstances particulières qui justifient objectivement la méfiance de l'assuré pour ce qui est de l'impartialité de l'appréciation. Le Tribunal fédéral des assurances a ainsi jugé que l'indépendance et l'impartialité des médecins du COMAI étaient garanties déjà avant l'entrée en vigueur de leur nouveau statut du 1<sup>er</sup> juin 1994 (ATF 123 V 175 ; cf. également RAMA 1999 n° U 332 p. 193). Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit

toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs. Seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, 123 V 176 consid. 3d et l'arrêt cité; VSI 2001 p. 109 ss. consid. 3b/ee; RAMA 1999 n° U 332 p. 193 consid. 2a/bb et les références). En l'espèce, la recourante conteste l'impartialité des experts et allègue que la décision litigieuse ne tient pas compte des diverses affections dont elle souffre et dont elle soutient qu'elles l'empêchent d'exercer la moindre activité lucrative. Pour sa part, l'intimé soutient que sa décision repose sur un rapport d'expertise bi-disciplinaire complet et récent du COMAI. A l'appui de sa requête de contre-expertise, la recourante invoque la partialité des experts. En matière de récusation, il convient toutefois, de distinguer entre les motifs formels et les motifs matériels. Les motifs formels de récusation énoncés dans la loi (cf. art. 10 PA et 36 al. 1 LPGA) - et qui ne sont pas invoqués ici - sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle tels que ceux invoqués par la recourante, ne mettent en revanche pas en cause l'impartialité de l'expert et doivent en principe être examinés avec la décision sur le fond, dans le cadre de l'appréciation des preuves (ATF 132 V 93 consid. 6). En soutenant que les experts auraient tenu à son égard des propos de nature à mettre en doute leur impartialité, la recourante vise l'impartialité subjective des experts. Comme cette impartialité se présume, jusqu'à preuve du contraire (AUER / MALINVERNI / HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, vol. II : Les droits fondamentaux, Berne 2000, p. 579 ch. 1205), il ne suffit pas à la recourante d'alléguer une prétendue partialité; la jurisprudence exige l'établissement de faits qui justifient objectivement la méfiance. En l'espèce, on ne voit pas en quoi les propos que les experts ont tenu envers la recourante seraient de nature à jeter un doute sur leur impartialité, car il s'agissait manifestement d'une mise en garde et non pas d'une stigmatisation de l'obésité de la recourante. Quant aux questions que les experts ont posé ou omis de poser à la recourante, elles ne dénotent pas non plus de la part des experts un sentiment d'animosité de nature à fonder objectivement un doute sur leur impartialité. En définitive, il s'avère que les motifs soulevés par la recourante constituent des motifs matériels de récusation - dans la mesure où ils portent sur la crédibilité et le caractère probant de l'expertise - et non des motifs formels mettant réellement en cause l'impartialité de l'expert (cf. ATFA non publié I 247/04 du 23 mars 2006 consid. 2.1). Par conséquent, ce grief sera examiné sous l'angle de la valeur probante qu'il convient d'accorder au rapport d'expertise, examen qui se fera ci-dessous, dans le cadre de l'appréciation des preuves. Dans leur rapport d'expertise du 22 mai 2007, les Drs P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ ont diagnostiqué une agoraphobie avec trouble panique. S'ils ont également mentionné d'autres troubles affectifs bipolaires, une personnalité émotionnellement labile de type borderline, une hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques et une obésité morbide, ils ont précisé que ces derniers diagnostics étaient sans répercussion sur la capacité de travail. En outre, ils ont constaté la présence de multiples signes de Waddel (la flexion en avant était réalisable lorsque la recourante devait nouer ou dénouer ses chaussures mais non lors de l'examen rhumatologique, l'assurée a pu rester en position assise statique pendant plus d'une demi-heure alors qu'elle affirmait ne pouvoir le faire plus de 10 minutes, elle se déplace à l'aide d'une canne mais sans prendre appui sur cette dernière et n'a pas de comportement

algique). L'examen des articulations n'a montré ni signes d'arthrose, ni signes d'arthrite et la présence de multiples points douloureux au simple effleurement de la peau ne correspond en rien à des points de fibromyalgie, mais à un syndrome douloureux chronique touchant l'appareil locomoteur ne s'expliquant par aucune cause anatomique, métabolique ou inflammatoire. Les médecins en ont tiré la conclusion que la problématique de l'assurée se situe hors du champ médical. Ils ont également relevé que l'intéressée n'avait pas montré de signes de fatigue durant l'examen - dont il a été précisé qu'il a duré quatre heures -, et que l'on ne retrouvait pas les « cognitions habituellement associées à l'agoraphobie », comme la peur de perdre connaissance au milieu de la foule, notamment, et que la patiente pouvait sortir seule de chez elle et, au prix d'efforts plus importants, se rendre seule en ville au moyen des transports publics et s'y promener. Les médecins ont considéré que ces éléments parlaient en faveur d'une agoraphobie d'intensité légère à moyenne, dont ils ont estimé que si elle n'était pas directement responsable d'une incapacité de travail, pourrait cependant entraîner une diminution de rendement de l'ordre de 25 % (l'assurée pouvant se trouver dans l'incapacité de se rendre sur son lieu de travail en raison d'une exacerbation de ses angoisses). Les experts ont écarté le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique au motif que les éléments classiques d'un tel trouble n'étaient pas présents au moment de l'expertise; ils ont par ailleurs relevé que l'assurée vivait toujours dans l'immeuble où l'événement était survenu. S'agissant du trouble de l'humeur, les médecins ont souligné qu'il était apparu chez l'assurée à l'âge de 19 ans, ce qui ne l'a pas empêché de travailler, et que s'il s'est compliqué de phases hypomaniaques, aucune limitation fonctionnelle n'a été décrite en lien avec cette complication. Quant au trouble de la personnalité, apparu durant l'adolescence, les experts ont souligné qu'il n'avait pas non plus empêché l'assurée de travailler et qu'aucune aggravation en lien avec ce trouble n'était décrite. En définitive, les experts ont expliqué pourquoi ils ne renaient ni le diagnostic de fibromyalgie, ni celui d'arthrose dégénérative précoce et pourquoi ils considéraient que le trouble de l'humeur bipolaire et le trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline n'étaient pas incapacitants. Ils ont par ailleurs estimé que le trouble anxieux (agoraphobie avec trouble panique) survenu récemment n'était pas sévère au point d'entraîner une incapacité de travail, seulement une diminution de rendement de 25%. C'est donc à tort que la recourante allègue que les experts n'ont pas tenu compte de sa fibromyalgie, du syndrome de fatigue chronique associé, de son agoraphobie, de ses troubles bi-polaires et de son état borderline. Ces troubles ont été pris en compte mais il a été jugé qu'ils n'influaient pas sa capacité de travail au-delà d'une diminution de rendement. Au surplus, les Drs P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ ont rédigé leur rapport après avoir étudié les pièces du dossier, établi une anamnèse, pris note des plaintes de la recourante, procédé à un examen clinique et tenu compte du dossier radiologique. En outre, ils ont répondu à toutes les questions du mandat d'expertise et leur rapport ne contient pas de contradictions. Par conséquent leurs conclusions procèdent d'une analyse complète de l'ensemble des circonstances déterminantes ressortant de l'anamnèse, du dossier médical et de l'examen de sorte que l'expertise doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Les critiques que formule la recourante quant à la qualité de l'expertise ne permettent pas de douter des conclusions des experts. En effet, on ne voit pas ce qui l'empêchait d'apporter spontanément des précisions aux experts lors de l'examen si elle estimait qu'ils ne lui avaient pas posé les bonnes questions. Quant aux remarques concernant la compétence des experts, elles ne sont pas fondées puisque le Dr P\_\_\_\_\_ est spécialisé en rhumatologie et le Dr Q\_\_\_\_\_ en psychiatrie, tout deux reconnus par la FMH, ce qui

ne laisse planer aucun doute quant à leurs qualifications et compétence, d'autant qu'ils exercent au Centre d'expertise médicale, spécialisé dans l'exécution d'expertises. Par ailleurs, s'ils est vrai que les experts ne peuvent qu'imaginer les douleurs qu'endure la recourante, il leur appartient de confirmer ou d'infirmer ses plaintes au vu de leurs observations médicales et de leur expérience. Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient en effet suffire à justifier une invalidité (entière ou partielle) au sens de la loi, raison pour laquelle, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit encore 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. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2; ATF non publié I 382/00 du 9 octobre 2001, consid. 2b). Or, en l'occurrence, les experts ont précisément considéré que le syndrome douloureux chronique de la recourante touchant l'appareil locomoteur se s'expliquait par aucune cause anatomique, métabolique ou inflammatoire. De plus, ils ont admis que la recourante disposait de bonnes ressources personnelles et qu'un effort de volonté était raisonnablement exigible de sa part. Il existe certes des divergences entre les experts et le Dr O\_\_\_\_\_ tant quant aux diagnostics posés, aux limitations fonctionnelles retenues qu'à l'évaluation de la capacité résiduelle de travail. Il convient toutefois de rappeler à cet égard qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (ATFA non publié I 701/05 du 5 janvier 2007, consid. 2 et les nombreux arrêts cités, ATF 124 I 170 consid. 4), 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 émettent une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (ATF non publié 9C\_181/2007 du 22 janvier 2008, consid. 3.1), ce qui n'est pas le cas en l'espèce, ainsi que cela a été dit supra. Force est en particulier de constater qu'aucun rapport médical n'atteste d'une incapacité de travail en relation avec la tendance à calcifier les tendons, la production d'excroissances osseuses ou l'aggravation de l'arthrose des mains alléguées par la recourante. Quant au rapport médical de la Dresse R\_\_\_\_\_ du 19 mars 2008, il ne mentionne pas non plus d'éléments que l'expertise n'aurait pas pris en considération. Ce médecin se borne à émettre l'avis qu'une reprise du travail à plein temps serait difficilement envisageable sans, toutefois, étayer cette opinion par des éléments objectifs. En définitive, les critiques de la recourante visent davantage à substituer l'appréciation de ses médecins à celle des experts qu'à établir l'existence d'une carence évidente dans l'évaluation de ceux-ci de sorte qu'elles ne sauraient permettre de remettre en cause les conclusions desdits experts. Par conséquent, il convient d'admettre que la recourante dispose d'une capacité résiduelle de travail entière avec une diminution de rendement de 25% depuis 2005 date de l'apparition de son agoraphobie jusqu'à l'accident du 20 novembre 2007. La recourante étant en mesure de continuer à exercer son activité de secrétaire-réceptionniste, le taux d'invalidité peut, comme l'a fait l'intimé, être déterminé au moyen d'une comparaison en pour-cent. En effet, lorsqu'on procède à une évaluation, celle-ci ne doit pas nécessairement consister à chiffrer des valeurs approximatives; une

comparaison de valeurs exprimées simplement en pour-cent peut aussi suffire. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100%, tandis que le revenu d'invalidité est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 313 consid. 3a et les références). Dès lors, le taux d'invalidité doit être fixé à 25 % à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006 - soit après le délai de carence d'une année prescrit par l'art. 29 al. 1 let. b LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2007 -, ce qui n'ouvre pas droit à une rente de l'assurance-invalidité. Se pose cependant la question du taux d'invalidité de l'assurée pour la période postérieure au 20 novembre 2007, date à laquelle elle s'est retrouvée dans l'incapacité de travailler suite à une fracture du plateau tibial et ses complications. Il semble en effet que l'incapacité de travail de la recourante soit entière depuis l'accident. Or, bien que la recourante ait signalé cette aggravation à l'intimé avant que celui-ci ne rende sa décision en date du 4 juin 2008, force est de constater que ce dernier n'a procédé à aucun acte d'instruction sur ce point alors même que l'incapacité de travail liée à cet accident pourrait justifier l'octroi d'une rente d'invalidité temporaire, s'il s'avère que la recourante a présenté, en moyenne, une incapacité de travail d'au moins 40% pendant une année (art. 29 al. 1 let. b LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et art. 28 al.1 let. b en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), ce qui est possible dans la mesure où une diminution de rendement de 25% a déjà été reconnue à compter de janvier 2005 et où il y a ensuite eu incapacité totale de travail à compter du 20 novembre 2007. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), 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'administration, 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. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87) En l'espèce, l'intimé n'ayant procédé à aucun acte d'instruction s'agissant de la période postérieure au 20 novembre 2007, pourtant pertinente puisqu'antérieure à la décision litigieuse (ATF 99 V 102 ) et pouvant avoir une influence dans l'appréciation de l'état de santé de la recourante et des effets de celui-ci sur sa capacité de travail (ATF non publié 9C\_441/2007 du 6 mai 2008, consid. 4.3), il convient de lui renvoyer le dossier pour instruction complémentaire sur ce point. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis. Étant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 500 fr. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement et annule la décision de l'OCAI du 4 juin 2008 en tant qu'elle n'examine pas l'évolution du degré d'invalidité suite à l'accident du 20 novembre 2007 et l'éventuelle ouverture d'un droit à des prestations qui en découle. Renvoie le dossier à l'OCAI pour instruction complémentaire sur ce point et nouvelle décision. Confirme la décision du 4 juin 2008 pour le surplus. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours

contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Yaël BENZ La présidente Karine STECK Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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