

GE_GERICHTE ATAS/348/2016 vom 14. Juni 2010

GE Cour de justice, 2010-06-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_348_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/348/2016 du 14 juin 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/348/2016 del 14 giugno 2010

Erwägungen

E. 12

novembre 2013 (ATAS/489/2015).

E. 17

Saisi d'un recours interjeté par l'OAI, le Tribunal fédéral s'est prononcé en date du 12 janvier 2016 (arrêt 9C_615/2015).

- 8/20-

A/4034/2013 Tout comme la Cour de céans, notre Haute Cour a jugé que l'évaluation du Dr G_____ ne pouvait être suivie. Le TF a en effet constaté que cette expertise ne permettait pas d'apprécier l'état de santé de l'assurée à la lumière des nouvelles exigences jurisprudentielles en matière de troubles somatoformes douloureux : le Dr G_____ n'avait pas donné d'indications sur le degré de gravité inhérent à ce diagnostic, il n'avait pas non plus décrit sur la base de quels éléments requis par la CIM-10 (classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement) il s'était basé pour le retenir ; son rapport ne permettait pas non plus de se faire une idée quant à une éventuelle exagération des symptômes de la part de l'assurée. Ce nonobstant, notre Haute Cour, jugeant que le Dr G_____ devait néanmoins être suivi lorsqu'il concluait à une amélioration notable de l'état de santé psychique de l'assurée depuis janvier 2012 (cf. consid. 6.1 de l'arrêt du TF), a admis partiellement le recours, annulé l'arrêt de la Cour de céans et lui a renvoyé la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

E. 18

Il importe dès lors de mettre sur pied une nouvelle expertise psychiatrique afin de confirmer qu'une amélioration est bel et bien intervenue depuis la décision initiale, d'une part, d'examiner la situation sous l'angle de la nouvelle jurisprudence applicable en matière du trouble somatoforme douloureux, d'autre part.

E. 19

Par pli du 9 mars 2016, la Chambre des assurances sociales a communiqué aux parties les questions qu'elle avait l'intention de poser aux experts ainsi que le nom des médecins envisagés, tout en leur impartissant un délai au 11 avril 2016 pour compléter celles-ci et faire valoir un éventuel motif de récusation.

E. 20

Par écriture du 23 mars 2016, la recourante a indiqué n'avoir aucun motif de récusation à faire valoir contre les experts proposés ni aucune question complémentaire à leur poser.

E. 21

Par courrier du 24 mars 2016, la doctoresse K_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a indiqué qu'elle n'était pas en mesure d'accepter la mission pour laquelle la Cour de céans l'avait mandatée.

E. 22

Par écriture du 11 avril 2016, l'intimé a indiqué s'opposer à la mise sur pied d'une nouvelle expertise psychiatrique qui serait confiée à un autre médecin que le Dr G_____, demandant qu'en lieu et place, un complément soit demandé à celui-ci. EN DROIT 1. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

- 9/20-

A/4034/2013 Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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 (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2, en vigueur dès le 1er janvier 2008). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est donc 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). 2. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. 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 127 V 294 consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2) 3. Le Tribunal fédéral a durant longtemps déterminé les conditions auxquelles des tableaux cliniques psychosomatiques (cf. ATF 137 V 64, consid. 4.3, p. 69) pouvaient donner droit à une rente d'invalidité (ATF 130 V 352, consid. 2.2.2, p.

- 10/20-

A/4034/2013 353, ATF 131 V 49, consid. 1.2, p. 50) en se basant sur la présomption qu'il était possible de surmonter un trouble douloureux somatoforme ou ses effets par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail pouvait résulter de facteurs déterminés, qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Au premier plan figurait l'existence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Les autres critères déterminants étaient : la présence d'affections corporelles chroniques, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, « fuite dans la maladie ») et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Mais dans un arrêt récent (9C_492/2014 du 3 juin 2015), notre Haute Cour a repensé la jurisprudence établie depuis l'ATF 130 V 352 en tenant compte, d'une part, de l'expérience accumulée au cours des onze années s'étant écoulées depuis cet arrêt de principe, d'autre part, des critiques formulées par la doctrine médicale et juridique à l'encontre de cette jurisprudence et de sa mise en œuvre. Le Tribunal fédéral a choisi de remplacer le modèle règle/exception ayant cours jusqu'alors par une grille d'analyse structurée et normative (arrêt op. cit. consid. 3.6). Il préconise une nouvelle méthode pour apprécier la question de savoir si le trouble douloureux diagnostiqué entraîne une incapacité de travail entière ou partielle : au moyen d'un catalogue d'indicateurs, la capacité de travail effectivement atteignable est soumise à une appréciation symétrique sans résultat prédéfini – qui tient compte des facteurs extérieurs incapacitants, d'une part, des potentiels de compensation (ressources), d'autre part (arrêt op. cit. consid. 3.6). Il sied toutefois de souligner que l'abandon de la présomption du caractère surmontable de la douleur n'a pas d'influence sur l'exigibilité et la nécessité d'une preuve objective : il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable 4. Les observations médicales constituent le point de départ de l'examen du droit à la rente conformément aux art. 4 al. 1 LAI et 6ss LPGA (en particulier l'art. 7 al. 2 LPGA) : une limitation de la capacité de travail ne peut donner droit à des prestations que si elle résulte d'une atteinte à la santé ayant fait l'objet d'un diagnostic indiscutable, établi par un médecin spécialiste de la discipline

- 11/20-

A/4034/2013 concernée) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (arrêt op. cit., consid. 2.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3). À cet égard, le Tribunal fédéral a émis l'avis que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant était sans doute posé nettement trop fréquemment. En conséquence, les experts doivent le justifier de manière à ce que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont effectivement été observés. La « plainte essentielle » doit concerner « une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse ». Le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme suppose par définition des atteintes aux fonctions utiles à la gestion de la vie quotidienne. Enfin, selon la CIM-10 (F45.4), « le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de son entourage et des médecins » (arrêt op. cit., consid. 2.1.2). Les

experts doivent donc donner des explications quant au diagnostic, afin d'établir le caractère de maladie, mais également les atteintes concrètes des fonctions nécessaires à la gestion du quotidien, lesquelles seront aussi reprises dans l'estimation de la capacité de travail. A cet égard, il ne faut inclure dans la « preuve cohérente d'une activité et d'une participation perturbées » que des déficits fonctionnels émanant des observations qui ont également été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par un examen consciencieux de plausibilité (arrêt op. cit. consid. 2.1.2 ; ATF 140 V 290, consid. 3.3.1, p. 296 et consid. 3.3.2 au début, p. 297). 5. Le diagnostic du syndrome douloureux somatoforme persistant basé sur les concepts du système médical de classification n'amenant à constater une importante atteinte à la santé relevant du droit de l'assurance-invalidité que si le diagnostic est valable également du point de vue des motifs d'exclusion cités dans l'ATF 131 V 49, il conviendra également que les experts se prononcent sur l'existence ou non de ceux-ci (limitation résultant d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable [se manifestant par une discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins médicaux, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ou encore, l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact], étant précisé qu'un simple comportement explicite n'indique pas en soi une exagération ; arrêt op. cit. consid. 2.2.1). 6. Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité.

- 12/20-

A/4034/2013 Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas. Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de 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. L'égalité de traitement commande en effet de soumettre tous les tableaux cliniques présentant des syndromes sans origine pathogène ou étiologique claire aux mêmes exigences en matière d'assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 5). Ainsi, les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1) au syndrome de fatigue chronique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3), de neurasthénie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008, consid. 5), d'anesthésie dissociative et d'atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007, consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008

consid. 3.4) et de traumatisme du type "coup du lapin" (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3). 7. La nouvelle approche préconisée par le Tribunal fédéral entraîne des adaptations dans la formulation des indicateurs et un certain élargissement matériel des aspects déterminants de l'examen. S'il est ainsi possible de se baser sur la liste de critères utilisée jusqu'alors, cette liste doit cependant être utilisée en tenant toujours compte des circonstances du cas particulier (il ne s'agit pas d'une « check-list où il suffit de cocher des rubriques ») et elle n'est pas non plus immuable en tant que telle mais ouverte aux connaissances médicales nouvellement établies qui, en tant que réalités juridiques, marquent la conception de la liste de leur empreinte (cf. arrêt op. cit. consid. 4.1.1). Il s'impose dès lors d'abandonner l'importance prioritaire de la

- 13/20-

A/4034/2013 comorbidité psychique et de renoncer à faire référence au bénéfice primaire de la maladie. On ne parle plus de « critères » mais d'« indicateurs », c'est-à-dire d'éléments de preuve déterminants servant à établir un état de fait donné (arrêt op. cit. consid. 4.1.29.), les réponses des experts médicaux constituant des indices devant aider à pallier à la difficulté d'apporter la preuve dans l'évaluation de l'incapacité de travail lors de troubles psychosomatiques. 8. 1. Le premier indicateur mentionné est celui de « l'expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes ». À cet égard, on attend des experts que leurs constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles qui résultent de l'atteinte des conséquences (directes) de facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. C'est dans ce cadre qu'il convient d'examiner, par exemple, s'il y a exagération sans qu'il faille a priori exclure de ce fait une atteinte à la santé significative sur le plan juridique. La gravité de l'évolution de la maladie doit aussi être rendue plausible à l'aide de tous les éléments disponibles provenant de l'étiologie et de la pathogenèse déterminantes pour le diagnostic. Si la description du trouble douloureux somatoforme dans la CIM-10, chiffre F45.4 met notamment en évidence des facteurs étiologiques (la caractéristique du trouble est qu'il survient « dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psycho- sociaux » qui jouent le rôle principal pour le début, le degré de gravité, l'exacerbation ou la persistance des douleurs), en revanche, la notion du bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée pour estimer le degré de gravité de la maladie (arrêt op. cit. consid. 4.3.1.1.). 2. Le second indicateur mentionné est le succès du traitement ou la résistance à cet égard, c'est-à-dire l'évolution et le résultat des thérapies.

L'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée, réalisée lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif, alors qu'on ne pourra rien déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie si, en revanche, le traitement resté sans résultat ne correspond pas (ou plus) à l'état actuel de la médecine ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce. Les troubles psychiques de type somatoforme ne sont considérés comme invalidants que s'ils sont graves et qu'ils ne peuvent pas (ou plus) être traités médicalement, ce qui découle a contrario de la jurisprudence constante (parmi beaucoup d'autres jugement 9C_736/2011 du 7 février 2012, consid. 4.2.2.1 et autres références citées) à laquelle le Tribunal fédéral considère qu'il convient de se tenir.

- 14/20-

A/4034/2013 3. Le troisième indicateur réunit les anciens critères de « comorbidité psychiatrique » et de « maladies physiques concomitantes », en vertu de la nécessité de l'approche globale des interactions et autres corrélations du trouble douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes préconisée par le Tribunal fédéral.

Il est renoncé à l'importance prépondérante accordée jusqu'alors à la comorbidité psychiatrique : la comorbidité psychique n'est plus prioritaire de manière générale mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive la personne assurée de ressources. L'importance accordée jusque là à « sa gravité, son acuité et sa durée » n'est plus relevante. Une dépression ne perd plus toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources du seul fait de sa connexité médicale (éventuelle) avec le trouble douloureux. Toutefois, les tableaux cliniques qui apparaissent comme de simples variantes de la même entité dans des qualifications différentes sur le plan diagnostique sur la base de symptômes identiques ne constituent d'emblée pas une comorbidité. Sinon, l'atteinte à la santé pouvant être qualifiée et décrite de plusieurs manières serait évaluée à double. 4. À ces trois premiers indicateurs concernant le degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, s'ajoute un quatrième, relatif à la personnalité. En effet, du fait de la prise en compte renforcée des ressources, le complexe de la personnalité (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales) gagne en importance. Cela recouvre non seulement les formes classiques du diagnostic de la personnalité - qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité - , mais également le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » - qui désigne les capacités inhérentes à la personnalité. Il s'agit de tirer des déductions sur la capacité de travail (conscience de soi et de l'autre, épreuve de réalité et la formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, capacité à se référer à un objet, motivation, notamment) et de clarifier les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé. Mais, vu que le diagnostic de la personnalité dépend dans une plus forte mesure du médecin qui effectue les examens que d'autres indicateurs, les exigences en matière de motivation sont ici particulièrement élevées (cf. arrêt op. cit. consid. 4.3.2). 5. Enfin, le contexte social, qui influence aussi la manière dont se manifestent concrètement les effets de l'atteinte à la santé, constitue un cinquième indicateur. À ce sujet, il y a deux choses à retenir : d'une part, dans la mesure où elles ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, les contraintes sociales continuent à ne pas être prises en considération. D'autre part, des ressources (mobilisables) peuvent aussi être tirées du contexte de vie de la personne assurée, notamment le soutien dont il bénéficie dans son réseau social. Il faut toujours

- 15/20-

A/4034/2013 s'assurer que l'incapacité de gain pour des raisons de santé, d'une part, et l'absence de revenus non assurée ou d'autres situations éprouvantes, d'autre part, ne se recouvrent pas (arrêt op. cit. consid. 4.3.3). 9. L'aspect de la cohérence étant décisif en matière de preuve (arrêt op. cit. consid. 4.4), des indicateurs sont là aussi envisagés par le Tribunal fédéral. 1. En premier lieu, celui de la limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie, qui revient à se demander si la limitation en question se manifeste de la même manière dans la profession et l'activité rémunérée (ou, pour les personnes sans activité lucrative, dans les actes habituels de la vie), d'une part, et dans les autres domaines de la vie (p. ex. l'organisation des loisirs), d'autre part. L'ancien critère du retrait social doit être interprété de telle sorte qu'il ne se réfère pas qu'à des

limitations mais concerne aussi les ressources ; à l'inverse, un retrait conditionné par une maladie peut cependant aussi diminuer encore les ressources. Il est recommandé d'effectuer aussi une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant la survenance de l'atteinte à la santé. Le niveau d'activité de la personne assurée doit toujours être considéré en relation avec l'incapacité de travail alléguée (arrêt op. cit. consid. 4.4.1). 2. En second lieu, la prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet (en complément au point de vue du succès du traitement et de la réadaptation ou de la résistance à ceux-ci) d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois le cas que si le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en cours en matière d'assurance. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le refus ou la mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée à reconnaître sa maladie. De manière similaire, il faut tenir compte du comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (et de ses propres efforts de réadaptation) : un comportement manquant de cohérence est, là aussi, un indice que la limitation alléguée serait due à d'autres raisons qu'une atteinte à la santé assurée (arrêt op. cit. consid 4.4.2). 10. En l'occurrence, la Cour de céans est tenue de mettre sur pied l'expertise requise par le Tribunal fédéral. En effet, notre Haute Cour a jugé que l'évaluation du Dr G _____ ne permettait pas d'apprécier l'état de santé de l'assurée à la lumière des nouvelles exigences jurisprudentielles en matière de troubles somatoformes douloureux : le Dr G _____ n'avait pas donné d'indications sur le degré de gravité inhérent à ce diagnostic, il n'avait pas non plus décrit sur la base de quels éléments requis par la CIM-10 (classification internationale des troubles mentaux et des troubles du

- 16/20-

A/4034/2013 comportement) il s'était basé pour le retenir ; son rapport ne permettait pas non plus de se faire une idée quant à une éventuelle exagération des symptômes de la part de l'assurée. Au vu de la complexité de la situation et du temps écoulé et afin d'éviter que, par la suite, de nouvelles expertises doivent être diligentées, la Cour de céans ordonne une nouvelle expertise judiciaire globale, bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, afin que les experts évaluent la situation sous l'angle des nouveaux critères applicables. Le mandat en sera confié aux docteurs L _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et M _____, spécialiste FMH en rhumatologie.

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

- 17/20-

A/4034/2013 Statuant préparatoirement 1. Ordonne une expertise rhumatologique et psychiatrique, les experts ayant pour mission d'examiner et d'entendre Madame A _____ en présence d'un interprète albanais, après s'être entourés de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure en s'entourant d'avis de tiers au besoin. 2. Commet à ces fins les docteurs L _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et M _____, spécialiste FMH en rhumatologie. 3. Charge chacun des experts d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes : 1. Anamnèse détaillée. 2. Plaintes et données subjectives de la personne. 3. Status clinique et constatations objectives. 4. Diagnostics selon la classification internationale. Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse). En particulier, retenez-vous le diagnostic de

trouble somatoforme douloureux - écarté en son temps par le SMR en avril 2009 mais retenu par le Dr G_____ - et pourquoi ? 5. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ? 6. Les plaintes sont-elles objectivées ? 7. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par l'assurée). 8. Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ? 9. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

- 18/20-

A/4034/2013 10. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ? 11. L'assurée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ? 12. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ? 13. Mentionnez, pour chaque diagnostic posé, ses conséquences en termes de limitations fonctionnelles et sur la capacité de travail, en pourcent, a) dans l'activité habituelle b) dans une activité adaptée. 14. Mentionnez globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail, en pourcent, a) dans l'activité habituelle b) dans une activité adaptée. 15. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquez l'évolution de son taux et décrivez son évolution, en particulier depuis juin 2010. Y a-t-il eu à votre avis amélioration depuis lors ? 16. Évaluez l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquez depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté. 17. Indiquez s'il y a une diminution de rendement et chiffrez-la. 18. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ? 19. Évaluez la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquez quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail. 4. S'agissant plus particulièrement des troubles psychiques, charge l'expert psychiatre de répondre aux questions suivantes : a) Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ? b) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?

- 19/20-

A/4034/2013 c) Existe-t-il un trouble de la personnalité ou, une altération des capacités inhérentes à la personnalité ? Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Motiver votre position. d) De quelles ressources mobilisables l'assurée dispose-t-elle ? e) Quel est le contexte social ? L'intéressée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ? f) Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assurée à reconnaître sa maladie ? g) Dans l'ensemble, le comportement de l'expertisée vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ? 5. Commentez et

discutez les avis médicaux du SMR, des experts s'étant déjà prononcés et des médecins traitants et indiquez - cas échéant - pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés. 6. Formulez un pronostic global. 7. Toute remarque utile et proposition des experts. 8. Invite les experts à faire une appréciation consensuelle du cas s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre-elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle. 9. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans. 10. Fixe aux parties un délai de 10 jours dès réception de la présente pour une éventuelle récusation des experts nommés. 11. Réserve le fond.

La greffière

Marie-Catherine SECHAUD

La présidente

Karine STECK

- 20/20-

A/4034/2013

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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