

GE_GERICHTE ATAS/368/2023 vom 30. Mai 2023

GE Cour de justice, 2023-05-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_368_2023

FR: GE_GERICHTE ATAS/368/2023 du 30 mai 2023

IT: GE_GERICHTE ATAS/368/2023 del 30 maggio 2023

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI – RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Le présent litige porte sur la question de la continuation ou non du droit de la recourante à une rente d'invalidité, voire à des mesures professionnelles, à compter du 1er décembre 2019. Il est rappelé que, de jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse – en l'occurrence le 14 octobre 2021 – a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical

A/3879/2021 - 11/27 - doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

E. 3

Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705). En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références). En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

E. 4.1

Avec répercussion sur la capacité de travail

E. 4.1.1

Dates d'apparition

E. 4.2

Sans répercussion sur la capacité de travail

E. 4.2.1

Dates d'apparition

E. 4.3

Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

E. 4.3.1

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'AI, 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 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

E. 4.3.2

Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de

A/3879/2021 - 13/27 - travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global - procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini -, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références). L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'AI, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence). Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs

incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

E. 4.3.3

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). - Catégorie " Degré de gravité fonctionnel " (ATF 141 V 281 consid. 4.3), A. Complexe " Atteinte à la santé " (consid. 4.3.1) Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

A/3879/2021 - 14/27 - B. Complexe " Personnalité " (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2) C. Complexe " Contexte social " (consid. 4.3.3) - Catégorie " Cohérence " (aspects du comportement; consid. 4.4) Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélés par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2). Les indicateurs appartenant à la catégorie " degré de gravité fonctionnel " forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

E. 4.3.4

Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins – dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée, avec des indicateurs – conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et 6.3 et les références). Selon la jurisprudence, une dysthymie (F34.1) est susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail lorsqu'elle se présente avec d'autres affections, à l'instar d'un grave trouble de la personnalité. Pour en évaluer les éventuels effets limitatifs, ces atteintes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée selon l'ATF 141 V 281 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_599/2019 du 24 août 2020 consid. 5.1 et la référence). Des traits de personnalité signifient que les symptômes constatés ne sont pas suffisants pour retenir l'existence d'un trouble spécifique de la personnalité. Ils n'ont, en principe, pas valeur de maladie psychiatrique et ne peuvent, en principe, fonder une incapacité de travail en droit des assurances au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 5.3 et les références).

E. 4.4

Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

E. 4.4.1

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 (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour

A/3879/2021 - 15/27 - apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

E. 4.4.2

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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

E. 4.4.3

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, en principe, lorsqu'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 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant

A/3879/2021 - 16/27 - qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). 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/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 4.4.4

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 4.4.5

Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble

A/3879/2021 - 17/27 - des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1), mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_551/2019 du 24 avril 2020 consid. 4.1 et la référence). Dans un

arrêt de principe du 2 décembre 2019 (ATF 145 V 361), le Tribunal fédéral, à la lumière de l'ATF 141 V 281, a notamment posé une délimitation, entre l'examen (libre), par les autorités chargées de l'application du droit, de l'admission d'une incapacité de travail par l'expert psychiatre, d'une part, et une appréciation juridique parallèle inadmissible, d'autre part.

E. 4.5

Les plaintes sont-elles objectivées ?

E. 4.6

De quelle nature sont les douleurs dont se plaint l'expertisée ? Y en-t-il de plusieurs de type, et sur quelles parties du corps ?

E. 4.6.1

De quelle intensité (sur une échelle allant jusqu'à 10) pour chaque type ?

E. 4.6.2

Quelles sont leurs causes et ces dernières sont-elles objectivables ?

E. 4.6.3

Les effets de ces douleurs sont-ils objectivés et quelles sont les relations de ces douleurs avec l'ensemble des problématiques médicales de l'assurée, y compris aux plans de l'humeur et du comportement (plan psychique) ?

E. 4.7

L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré et quelle a été son évolution depuis à tout le moins le mois de juillet 2018 (début de l'incapacité de travail), les experts devant se prononcer notamment sur l'état de santé au 14 octobre 2021 (date du prononcé de la décision de l'intimé querellée), ainsi que sur l'évolution avant et après cette date (et jusqu'à la date du rapport d'expertise à établir) ?

E. 4.8

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 seulement alléguées – mais non démontrées – par la personne expertisée).

E. 4.9

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) ?

E. 4.9.1

Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

E. 4.10

Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

E. 4.11

Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

E. 5

Capacité de travail

A/3879/2021 - 26/27 -

E. 5.1

Dater la survenance de l'éventuelle incapacité de travail durable dans l'activité habituelle (femme de chambre ou de ménage) pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.

E. 5.1.1

Dans le rapport d'expertise, le Dr J_____ ne mentionne aucun problème particulier au rachis ainsi qu'aux membres supérieurs et inférieurs, y compris aux tests, rotations et mouvements. Il conclut : "L'examen rhumatologique dans son ensemble ne retrouve rien de particulier. Pas de radiculalgie ou de déficit distal ou proximal. La marche se fait de façon aisée et fluide, l'assurée traîne volontairement son pied (NDR: gauche), alors que l'épreuve talon/pointe des pieds se fait sans difficulté. Et on ne retrouve pas de steppage. Le réflexe achilléen est faible à gauche et normal à droite. Les rotuliens sont conservés. Le Flapping test est négatif (l'assurée arrive à s'asseoir spontanément à 90° sans difficulté). Le Lasègue est supérieur à 90° des deux côtés" (p. 27-29). L'expert J_____ note, sous "observation de l'assurée durant l'examen" : "L'assurée est restée assise pendant 50 minutes lors de l'interrogatoire. Elle s'est levée à une reprise attestant de douleurs lombaires, contrastant avec un examen somatique strictement normal"; ensuite, sous "autonomie observée de déplacement": "Elle a été assez autonome dans ses déplacements de façon et fluide. Lorsqu'on ne la regarde pas, elle marche normalement, sinon elle traîne le pied gauche"; sous "autonomie dans les gestes du déshabillage, de l'habillage, des soins corporels": "Elle s'est déshabillée et habillée de façon tout à fait satisfaisante, sans respecter de façon scrupuleuse les gestes d'épargne du rachis"; sous "attitude durant l'expertise" : "Attitude adéquate"; sous "autolimitations": "Parasitage discret, notamment lors de la marche" (p. 30). D'après l'expert rhumatologue, sous "évaluation de la cohérence et de la plausibilité", "il existe manifestement une incohérence entre les plaintes de l'assurée, attestant de douleurs inconcevables et invalidantes de son dos, alors qu'à l'examen somatique elle touche par terre avec les mains, et les amplitudes sont normales. Le Lasègue est à plus de 90°, l'assurée s'assied à 90° de façon spontanée, il n'y a pas de steppage à la marche et l'épreuve talon/pointe des pieds se fait sans difficulté" (p. 34). Puis : "L'assurée attestait de douleurs. Elle s'est levée une fois pendant l'interrogatoire de 50 minutes contrastant avec l'examen somatique du jour et le contrôle IRM lombaire cf. rapport" (p. 35). Sous "appréciation des capacités, des ressources et des difficultés": "Du point de vue rhumatologique, il n'y a aucune limitation" (p. 35). Dans son recours, la recourante reproche tout d'abord à l'expert rhumatologue de l'avoir beaucoup brusquée. En effet, lors de la mesure d'amplitude, celui-ci aurait exigé qu'elle réussisse les mouvements demandés, notamment toucher le sol ("par terre") avec les mains, indépendamment de la douleur

provoquée. À cela s'ajoute que l'assurée allègue avoir des douleurs en permanence, que ce soit en position assise ou couchée, et ne pas avoir osé demander, lors des entretiens avec les experts, si elle pouvait se coucher pour alléger ses douleurs. Selon ses déclarations en audience, l'expert rhumatologue l'a forcée à faire des mouvements alors qu'elle

A/3879/2021 - 19/27 - lui avait dit que cela lui faisait trop mal; le fait qu'il lui a imposé d'effectuer beaucoup de mouvements l'a beaucoup fatiguée; ensuite, il lui a demandé de se coucher et de remonter la jambe vers elle-même, mais elle a perdu la force et sa jambe est tombée sur le côté; mais il l'a forcée à continuer et elle a fini l'exercice mais avec trop de douleurs, ce qu'elle lui a dit avec des pleurs en plus de lui dire que ce qu'il exigeait d'elle n'était pas correct; l'expert rhumatologue lui a alors dit que mal ou pas mal, elle devait faire l'exercice; durant l'expertise, il y avait une interprète et également pour le volet psychiatrique. Force est ainsi de constater que, relativement aux éventuelles douleurs de l'assurée lors de l'examen clinique dont celle-ci aurait fait part à l'expert J_____, les constatations de ce dernier et les allégations de celle-là sont incompatibles entre elles, en particulier concernant le fait d'aller sans douleurs jusqu'au bout des mouvements exigés par l'expert rhumatologue et de rester assise pendant 50 minutes lors de l'entretien avec lui, alors que, selon ses déclarations en audience, elle n'arrive pas à rester debout et assise au-delà de 10 minutes et doit alors changer de position. Or, si cet expert relève que l'expertisée se plaignait de douleurs lors de l'examen clinique, qu'il ne considère pas comme plausibles, il ne mentionne néanmoins pas une exagération ou majoration des douleurs par l'intéressée si ce n'est uniquement qu'elle traînait le pied gauche, mais indique que l'attitude de cette dernière était adéquate. Au surplus, l'expert rhumatologue ayant répondu à la question de savoir si "la capacité de travail [peut]encore être améliorée de façon sensible par des mesures médicales" qu'"il faudra insister sur l'apprentissage et l'application des gestes d'épargne du rachis, la musculation, le gainage abdominal et le port d'une ceinture lombaire éventuellement en cas de crise douloureuse" (p. 36), la recourante allègue dans son recours qu'elle ne peut pas porter une telle ceinture, la zone dans laquelle se trouve le neurostimulateur étant extrêmement sensible.

E. 5.1.2

Par ailleurs, l'expert J_____ décrit ainsi le "déroulement détaillé et représentatif d'une journée type" : "Horaire du lever: entre 8h00 et 8h30. Repas: 9h00, 12h30-13h00 et 19h00. Horaire du coucher: entre 23h30 et minuit. – Activités exercées durant la journée: "Je me lève le matin. Je prends mes médicaments. Je prends ma douche. Je prépare mon petit-déjeuner. Je fais un peu de rangement. Je fais une machine, je plie le linge et je prépare le repas de midi. L'après-midi, je me repose parce que je suis fatiguée. Je fais une sieste d'une heure trente. Après, je sors marcher avec mon copain pendant 30 minutes à une heure au maximum. Je rentre et je me repose à nouveau. Je fais un peu de lecture, je regarde un peu la télé. Je confectionne le repas du soir. Je me rends à mes rendez- vous médicaux, de physiothérapie à 10h30 tous les lundis"". Sous "Organisation des loisirs, hobbies": "Néant" (p. 25). L'experte K_____, dans la partie psychiatrique du rapport d'expertise, décrit de manière plus précise que l'expert rhumatologue les tâches ménagères que l'expertisée effectue, mentionnant notamment que celle-ci ne passe plus

A/3879/2021 - 20/27 - l'aspirateur mais préfère balayer, fait le ménage à son rythme, demande de l'aide à son compagnon pour porter les commissions, peut cuisiner, faire la vaisselle et gère ses affaires administratives (p. 37), a un long temps d'endormissement et ne fait en général pas de sieste (p. 39). Le "déroulement détaillé et représentatif d'une journée

type" décrit par l'experte psychiatre (p. 41) présente sur plusieurs points des similitudes avec celui établi par l'expert rhumatologue. Dans son recours, l'intéressée précise qu'elle ne fait pas de sieste et a des difficultés à dormir la nuit; elle ne peut pas effectuer ses tâches ménagères et, si elle parvient à lancer une machine à laver le matin, elle ne parvient à faire aucune tâche ménagère durant le reste de la journée; les nettoyages sont effectués par sa fille et son compagnon, étant précisé que ce dernier a quitté la Suisse en mai 2022 et que depuis lors l'intéressée vit dans l'appartement de sa fille; elle peut mettre un plat au four pour le réchauffer, et, si elle se sent suffisamment en forme, elle peut par exemple faire une soupe qu'elle-même et son compagnon mangent durant plusieurs jours; c'est son compagnon qui fait les courses, elle-même pouvant uniquement aller chercher une miche de pain au magasin situé en face de son domicile. Selon ses déclarations en audience, la recourante n'arrive pas à faire quoi que ce soit à cause de ses douleurs dans le dos et dans la jambe gauche, notamment pas des tâches ménagères sauf enlever la poussière avec un plumeau; si elle se baisse pour mettre la machine à laver en route, elle a trop mal au dos, ce qui lui donne des nausées (car la douleur monte et elle a des problèmes d'estomac) et l'oblige à se coucher; après les nausées, elle a beaucoup de fatigue et des maux de tête; elle a mal au dos quand elle est assise et qu'elle est baissée et elle a mal à la jambe gauche lorsqu'elle marche. Après 100 mètres de marche, sa jambe est trop lourde et elle n'arrive plus à avancer et son dos lui fait mal aussi, de sorte qu'elle utilise des bâtons qui lui permettent d'aller plus loin que 100 mètres, marchant au maximum 30 minutes mais doucement, après quoi elle est fatiguée et doit se reposer. Son avocate lui ayant lu la page 25 du rapport d'expertise sous "déroulement détaillé et représentatif d'une journée type", elle répond "que cela dépend des jours. Les jours où cela va mieux, je n'arrive pas à faire tout ce qui est indiqué : j'arrive seulement à préparer des repas légers pour moi-même; je ne peux par exemple pas porter une casserole car c'est trop lourd; depuis que je vis avec ma fille, je ne fais plus du tout les repas même pas pour moi-même. Je lis un peu de temps en temps mais pas tous les jours; je regarde la télé tous les jours, et j'écoute la musique tous les jours aussi car cela m'aide beaucoup. Il n'y a pas de jour où je vais bien et où je peux faire ce que je veux. Je vais un peu mieux lorsque je ne fais rien du tout, c'est-à-dire que je suis couchée. Ma douleur est toujours au minimum de 4 ou 5/10, alors qu'avant l'appareil médullaire qui a été posé en janvier 2021, c'était plus de 10/10, trop fort, comme après une opération". Entendue en audience à titre de renseignement, la fille de l'assurée confirme dans les grandes lignes les explications de sa mère qui précèdent, et elle précise s'occuper seule des affaires administratives de celle-ci comme depuis toujours au

A/3879/2021 - 21/27 - vu de ses difficultés en français. Elle confirme également l'assertion dans le recours de sa mère selon laquelle celle-ci ne peut s'occuper de ses petits-enfants que de manière très limitée, avec la présence presque constante de sa fille. En définitive, les descriptions par la recourante et sa fille montrent des activités journalières de celle-là beaucoup plus limitées que telles qu'elles sont décrites dans le rapport d'expertise, surtout lorsque l'intéressée se trouve dans "un mauvais jour". À teneur du recours, le "grand nombre d'inexactitude de faits" dans le rapport d'expertise proviendrait du fait que les experts auraient "trop souvent extrapolé des informations fournies par la recourante pour décrire un quotidien fluide et normal". Ces divergences permettent à ce stade difficilement de connaître clairement quelles activités quotidiennes l'assurée est en mesure d'effectuer, dans quelle mesure et pour quelle durée, étant en outre précisé qu'aucune exagération de la part de la recourante ne paraît en l'état établie.

E. 5.1.3

Sous le point "neurologie", l'expert J_____ note ce qui suit: "Pas de syndrome pyramidal et extrapyramidal. Pas de Babinski. Les réflexes sont présents et symétriques, hormis une faiblesse de l'achilléen à gauche. Tous les autres sont conservés et symétriques au niveau des membres inférieurs et supérieurs, Le Flapping test est négatif. Pas de signe de Lasègue. Pas de signe de Léri. Pas de trouble déficitaire distal ou proximal. Pas de steppage. Pas de trouble sphinctérien. Pas d'anesthésie en selle. L'épreuve talon/pointe des pieds se fait sans difficulté. Les paires crâniennes sont normales. La marche se fait sans boiterie. Le Flapping test est négatif. Pas de trouble déficitaire distal ou proximal. Pas de nystagmus. Pas d'ataxie. – En conclusion, l'examen neurologique est normal" (p. 29 et 30). Dans son recours, l'assurée regrette l'absence d'un véritable volet neurologique ou neurochirurgical dans l'expertise, ce alors que son problème principal n'est selon elle pas tant un problème de mobilité de ses membres mais des douleurs liées aux atteintes aux nerfs. Cela étant, au plan neurologique, le rapport d'expertise est très succinct, avec des constatations n'émanant pas d'un spécialiste en neurologie, et paraît être contredit sur certains points importants par les rapports du spécialiste qu'est le Dr H_____, qui constate l'apparition post intervention d'une radiculopathie L5 gauche évolutive sévère entraînant une parésie de l'ensemble de la musculature du myotome avec impact fonctionnel sous forme de pied tombant avec steppage à la marche. De surcroît, entendu comme témoin, le Dr M_____ indique que, malgré le neurostimulateur, l'intéressée garde des limitations fonctionnelles à la marche, avec un périmètre de marche limité, dans le port de charges, dans les activités physiques, les positions statiques prolongées assise ou debout et des perturbations du sommeil; ses douleurs sont crédibles; il est très difficile à ce témoin de se prononcer sur sa capacité de travail et sur l'ampleur des limitations fonctionnelles car il ne voit l'assurée que pendant 30 minutes environ, ce qui est notamment insuffisant pour savoir comment se passent les autres heures de sa journée et si

A/3879/2021 - 22/27 - entre autres elle est fatiguée; le fait que le neurostimulateur a réduit globalement les douleurs à 50% n'a néanmoins pas d'impact sur les effets de la lésion L5 sur le pied gauche; à cela se surajoute des douleurs sur la colonne vertébrale, car celle-ci avait été fixée par opération chirurgicale et ceci est souvent source de douleurs mécaniques car la colonne n'est pas faite pour être fixée mais pour bouger. Ainsi, la présence du neurostimulateur médullaire semble montrer une composante d'ordre neurologique qui pourrait avoir prima facie été sous-estimée par l'expert rhumatologue. En outre, en tant qu'il dénie l'existence d'un steppage – anomalie de la marche due à une atteinte nerveuse –, l'expert J_____ s'écarte de manière prima facie insuffisamment circonstanciée et convaincante des constatations des spécialistes que sont les Drs H_____ et M_____. À cet égard, ce dernier, voyant l'intéressée marcher à l'audience à la demande de la présidence, déclare que les mouvements latéraux légers qu'elle fait avec son pied gauche sont caractéristiques d'un steppage et correspondent à ce qu'il constate en consultation. L'existence d'un steppage est également confirmée par la médecin généraliste traitante, qui, lors de l'audience, relève que lorsqu'elle entend la patiente marcher dans une autre pièce de son cabinet que là où elle est elle-même sans que celle-là sache que ladite médecin y prête attention, l'assurée a une démarche caractéristique de la parésie du nerf (le pied tombant et qui frappe fort le sol).

E. 5.1.4

Au plan psychique, d'éventuelles critiques contre le rapport d'expertise ne ressortent pas clairement des écritures et déclarations en audience de la recourante. L'experte K_____, comme motivation du diagnostic de dysthymie depuis 2018 (F34.1), énonce notamment : "Un abaissement fluctuant de l'humeur est signalé depuis sa première intervention lombaire en 2018, associé à des idées d'incapacité avec des troubles de la concentration et du sommeil et une fatigue continue. Un diagnostic de dysthymie peut rendre compte d'une telle symptomatologie, se situant au seuil d'une dépression légère. Cette évolution dysthymique paraît liée essentiellement à des douleurs lombaires chroniques qu'elle décrit comme incapacitantes, contrastant toutefois avec ses activités journalières décrites et la nécessité d'aide ponctuelle de tiers pour les tâches lourdes" (p. 44). Selon le rapport du 28 octobre 2021 du Dr I_____, au plan psychique, la situation est stationnaire; certes, d'après ce psychiatre, habituellement, une dysthymie à début tardif n'implique pas d'incapacité de travail, mais, dans la constellation des problèmes globaux dont souffre l'intéressée et compte tenu de ses souffrances psychiques, l'incapacité de travail est bel et bien de 50% au plan psychique. Cette appréciation ne semble toutefois pas contester de manière ferme celle de l'experte psychiatre quant à la capacité de travail et paraît faire ressortir un lien particulier entre les problèmes physiques (les douleurs) de la patiente et la composante psychique.

A/3879/2021 - 23/27 -

E. 5.2

Quels sont en particulier les effets des douleurs (et de quel[s] type[s] et compte tenu de quelle intensité sur une échelle allant jusqu'à 10) sur la capacité de travail et/ou d'éventuelles limitations fonctionnelles et/ou diminution de rendement ?

E. 5.3

L'éventuel problème de steppage a-t-il des répercussions sur la capacité de travail et/ou d'éventuelles limitations fonctionnelles et/ou diminution de rendement ?

E. 5.4

La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?

E. 5.4.1

Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ?

E. 5.4.2

L'exercice de cette activité lucrative habituelle est-il entravé par des difficultés et/ou des limitations fonctionnelles, et/ou fait-il l'objet d'une diminution de rendement ?

E. 5.4.3

Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite / nulle ?

E. 5.5

La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?

E. 5.5.1

Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ?

E. 5.5.2

Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? A quel taux ? Depuis quelle date ?

E. 5.5.3

Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte, en relation avec chaque diagnostic ainsi que type de douleurs, et avec quelles dates d'apparition ?

E. 5.5.4

Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

E. 5.6

Comment la capacité de travail, avec les éventuelles limitations fonctionnelles et/ou diminution de rendement, de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le mois de juillet 2018, avec des précisions au 14 octobre 2021 (date du prononcé de la décision querellée), puis depuis lors (et jusqu'à la date du rapport d'expertise à établir) ?

E. 5.7

Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?

E. 5.8

Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

E. 6

Traitement

A/3879/2021 - 27/27 -

E. 6.1

Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

E. 6.2

Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?

E. 6.3

Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

E. 7

Appréciation d'avis médicaux du dossier

E. 7.1

Êtes-vous d'accord avec les constatations, appréciations et conclusions des experts J_____ et K_____ ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de l'assurée ? Si non, pourquoi ?

E. 7.2

Êtes-vous d'accord avec les avis des docteurs B_____, H_____ et M_____, voire aussi les médecins du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur et de la consultation ambulatoire de la douleur des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et le docteur I_____, et tous autres médecins ayant examiné et traité l'intéressée ? En

particulier quant aux diagnostics posés, aux limitations fonctionnelles constatées et à l'estimation d'une capacité de travail de la recourante ? Si non, pourquoi ?

E. 8

Quel est le pronostic ?

E. 9

Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables, lesquelles précisément, et quelles en seraient les chances de succès ?

E. 10

Faire toutes autres observations ou suggestions utiles E. Invite les experts à faire une appréciation consensuelle du cas entre eux s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle. F. Invite les experts à déposer, dans les meilleurs délais, un rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans. G. Réserve le fond.

La greffière

Diana ZIERI

Le président

Blaise PAGAN 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.