

GE_GERICHTE ATAS/51/2016 vom 27. Januar 2016

GE Cour de justice, 2016-01-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_51_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/51/2016 du 27 janvier 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/51/2016 del 27 gennaio 2016

Erwägungen

E. 26

Le 4 décembre 2015, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait demander un complément d'expertise aux experts mandatés et leur a communiqué les questions complémentaires et fixé un délai pour se prononcer à cet égard.

E. 27

Le 8 décembre 2015, la recourante a communiqué des questions complémentaires.

E. 28

Le 17 décembre 2015, l'intimé s'est opposé à la réalisation d'un complément d'expertise, tout en indiquant subsidiairement qu'il n'avait pas de questions supplémentaires à poser.

- 12/23-

A/1428/2013

E. 29

La chambre de céans a retenu les questions complémentaires suggérées par la recourante dans la mesure de leur pertinence et a complété dans ce sens le questionnaire aux experts.

EN DROIT 1. Dans la mesure où la compétence de la chambre de céans a été examinée dans l'ordonnance d'expertise du 14 avril 2014, il y a lieu de s'y référer. 2. 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. 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 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). 3. 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 malade, 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 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

- 13/23-

A/1428/2013 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). 4. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2). 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). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

- 14/23-

A/1428/2013 5. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a

dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, ceux-ci n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait une présomption que de tels syndromes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2. et ATF 131 V 49 consid. 1.2). Au premier plan figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères pouvaient être déterminants, tels que des affections corporelles chroniques, un processus malade 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), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132 V 65 consid. 4.2). En présence de tels syndromes, la mission d'expertise consistait surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission confiée, les experts failliraient à celle-ci s'ils ne tenaient pas compte des différents critères mis en évidence par le Tribunal fédéral dans le cadre de leur appréciation médicale (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 4.3). 6. Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65; ATF 131 V 49; ATF 130 V 352). Désormais, 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 de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de

- 15/23-

A/1428/2013 compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais 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). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. Ces indicateurs sont classés comme suit : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3). A. Axe « atteinte à la santé » 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non

assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1). 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération

- 16/23-

A/1428/2013 optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2). 3. Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant 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 l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2). C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son

réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3). II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

- 17/23-

A/1428/2013 A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine). 7. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61

- 18/23-

A/1428/2013 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). 8. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). Les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non

- 19/23-

A/1428/2013 une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (ATF 141 V 281 consid. 8) Lorsqu'une expertise ne répond pas suffisamment aux questions auxquelles il faut répondre, selon la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux, le Tribunal fédéral a expressément laissé la possibilité d'un renvoi à l'administration afin que soient posées les questions complémentaires à l'expert (ATF 141 V 281 consid. 8). 9. a. En l'espèce, les Drs N_____ et O_____ ont établi un rapport d'expertise en date du 19 février 2015, dans lequel ils ont fait état d'une capacité de travail de 80% sur le plan rhumatologique, avec éventuellement une diminution de rendement de 20% en raison de l'état dépressif léger. A titre de diagnostics, ces médecins ont notamment retenu ceux d'arthrose digitale, de douleurs chroniques dans l'avant-pied droit dans le contexte d'un status après fracture-luxation survenue lors d'un accident le 18 août 2004 et fibromyalgie ainsi que de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique. Force est de constater que le rapport du 19 février 2015 fait l'objet d'une étude circonstanciée des points litigieux. Il se fonde sur des examens complets et prend en considération les plaintes exprimées par la recourante. Il est établi en pleine connaissance de l'anamnèse. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Cela étant, la chambre de céans constate également que les experts n'ont pas évoqué certaines atteintes pourtant mentionnées par les médecins traitants et le SMR, soit : – s'agissant de l'atteinte à l'épaule :

conflit sous-acromial chronique, sans rupture de la coiffe des rotateurs, fibrose d'adaptation des tendons de la coiffe gauche et calcification de l'insertion profonde proximale du sus-épineux et épaissement réactionnel de la capsule articulaire gléno-humérale et de ses ligaments (échographie de l'épaule gauche du 21 janvier 2011), périarthrite scapulo-humérale (rapport du Dr F_____ du 7 février 2011) ; lésions dégénératives au niveau de l'articulation acromio-claviculaire (scintigraphie osseuse du 16 juin 2011) ; omalgie bilatérale dans un contexte de syndrome de la coiffe des rotateurs avec tendinopathie et capsulite rétractile partielle à droite (rapport du SMR du 14 septembre 2011) ; – concernant l'atteinte au dos : tassements L4-L5 (rapport de la Dresse L_____ du 26 avril 2011 notamment), troubles statiques avec dysbalance musculaire et discopathie débutante associée à une arthrose débutante inter-facettaire postérieure prédominant à gauche (rapport du SMR du 14 septembre 2011).

- 20/23-

A/1428/2013 Par ailleurs, dans son courrier du 2 octobre 2013, le Dr M_____ a expliqué que notamment les atteintes articulaires, lesquelles avaient été confirmées par l'imagerie, montraient le bien-fondé des plaintes évoquées par la recourante mais que celles-ci pouvaient être majorées par l'état dépressif fluctuant et le syndrome douloureux persistant. Dans la mesure où dans son ordonnance d'expertise du 14 avril 2014, la chambre de céans a invité les experts à commenter et discuter les avis médicaux du SMR et des médecins traitants, et que tel n'a pas été le cas, l'expertise doit être considérée comme étant lacunaire. Par conséquent, le Dr N_____ sera invité à expliquer pour quels motifs il n'a pas retenu de diagnostics autres que la fibromyalgie s'agissant des atteintes au rachis et à l'épaule. b. La chambre de céans constate également que, alors même que les atteintes retenues étaient similaires, le Dr N_____ a retenu moins de limitations fonctionnelles au niveau des mains que le SMR, lequel a mentionné les suivantes : les atteintes aux membres supérieurs et aux mains interdisaient les activités nécessitant un rendement imposé au niveau des deux mains (pas de période de frappe supérieure à une demi-heure sans possibilité de pauses de une à deux heures entre chaque période de frappe, pas d'activité nécessitant une motricité fine et en force des deux mains, pas d'activité nécessitant un rendement imposé au niveau des deux mains, pas d'activité d'antéimpulsion au-delà de 60° de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 90°). Dans ces circonstances, l'expert rhumatologue sera invité à se prononcer sur les limitations fonctionnelles retenues par le SMR, en indiquant s'il y adhère et, dans la négative, les raisons qui le poussent à s'en écarter. c. A cela s'ajoute le fait qu'alors même que le rapport d'expertise mentionne le diagnostic de fibromyalgie, il n'examine à aucun moment si les critères de Meyer-Blaser permettent de retenir le caractère invalidant de la fibromyalgie. Dans cette mesure, le rapport d'expertise du 19 février 2015 est lacunaire et doit être complété. Cela étant, dans son ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en matière de trouble somatoforme douloureux, applicable par analogie en matière de fibromyalgie. Désormais, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette jurisprudence s'appliquant notamment aux procédures en cours, le Dr O_____ devra compléter son rapport d'expertise en prenant en considération les nouveaux critères mentionnés précédemment. d. Pour tous ces motifs, l'expertise du 19 février 2015 devra être complétée par les Drs N_____ et O_____.

- 21/23-

A/1428/2013 PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant préparatoirement 1. Ordonne un complément d'expertise psychiatrique et
rhumatologique de Madame A_____. 2. Commet à ces fins les docteurs O_____,
spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et N_____, spécialiste FMH en
rhumatologie. 3. Charge les experts de compléter leur rapport d'expertise du 19 février
2015 en répondant, de manière détaillée, aux questions suivantes : 1. Les plaintes de la
recourante s'agissant du rachis et de l'épaule sont-elles objectivées ? 2. Dans l'affirmative,
pour quels motifs n'avez-vous pas retenu de diagnostics y relatifs ? 3. Dans tous les cas,
dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées, notamment dans l'expertise du 14 février
2015, 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 la recourante). 4. 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) ? 5.
Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé
significative ? 6. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et
résultats des thérapies) ? 7. La recourante a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des
traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ? 8. Dans quelle mesure les traitements
ont-ils été mis à profit ou négligés ?

- 22/23-

A/1428/2013 9. 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 ? 10. Pour quels motifs
les limitations fonctionnelles retenues dans l'expertise du 15 février 2015 sont-elles moins
importantes que celles mentionnées par le SMR dans son rapport du 14 septembre 2013 ?
Veuillez détailler et motiver votre réponse. 11. Mentionner globalement les conséquences
des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de la recourante, en pourcent, a)
dans l'activité habituelle b) dans une activité adaptée. 12. S'agissant plus particulièrement
des troubles psychiques, 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 ? La recourante bénéficie-t-elle
d'un traitement adéquat ? 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 la recourante dispose-t-elle ? e) Quel est le
contexte social ? La recourante 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 la recourante à reconnaître sa
maladie ? g) Dans l'ensemble, le comportement de la recourante vous semble-t-il cohérent
? Pourquoi ?

- 23/23-

A/1428/2013 13. Toute remarque utile et proposition des experts. 4. 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. 5. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport complémentaire en trois exemplaires à la chambre de céans. 6. Réserve le fond.

La greffière

Isabelle CASTILLO

La présidente

Juliana BALDÉ

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.