

GE_GERICHTE ATAS/628/2022 vom 30. Juni 2022

GE Cour de justice, 2022-06-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_628_2022

FR: GE_GERICHTE ATAS/628/2022 du 30 juin 2022

IT: GE_GERICHTE ATAS/628/2022 del 30 giugno 2022

Erwägungen

E. 10

À titre liminaire, la chambre de céans relève que la décision querellée retient que la recourante n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle depuis le 30 octobre 2015, mais conserve une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès cette date. Or, les conclusions du rapport d'expertise du J_____ du 22 mars 2021, suivies par le SMR dans son

A/2177/2021 - 18/36 - avis du 29 mars 2021, portent sur la capacité de travail dans le métier d'aide-soignante et dans une activité adaptée depuis 2012.

E. 10.1

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

E. 10.2

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. 10.2.1

Au niveau somatique, les affections mentionnées correspondent dans l'ensemble à celles énoncées par les médecins traitants de l'intéressée. En effet, le Dr G_____ a retenu les diagnostics de fibromyalgie évoluant en tout cas depuis 2012, d'état dépressif, d'HTA, de syndrome du canal carpien bilatéral modéré et de gonarthrose droite (cf. rapports des 25 février 2019 et 17 juin 2021) et la Dresse N_____ a noté que les troubles indiqués par les experts correspondaient à ceux posés par la précédente médecin traitante, ainsi qu'à sa propre évaluation médicale (cf. rapport du 17 juin 2021). Bien que le Dr G_____ ait indiqué qu'il avait toujours considéré que les rachialgies et les autres douleurs étaient davantage à mettre sur le compte de la fibromyalgie que sur les pathologies spécifiques (cf. rapport du 25 février 2019), que c'était surtout la fibromyalgie qui était responsable des plaintes et des limitations (cf. rapport du 17 juin 2021), la chambre de céans observera tout de même que les diagnostics de l'expert rhumatologue sont imprécis, voire incomplets. Ainsi, concernant les rachialgies, le Dr L_____ n'a pas repris tous les troubles cités dans son évaluation médicale puisqu'il a relevé l'existence de « troubles dégénératifs au niveau cervical, lombaire et dorsolombaire », et indiqué que les constatations radiographiques montraient des ostéophytes « aux étages moyens et inférieurs des vertèbres dorsales, une hémisacralisation gauche de L5 ». Que l'expert ait qualifié ces troubles dégénératifs de « légers » (rapport p. 58) ne le dispensait pas de poser des diagnostics exacts. En outre, le rhumatologue n'a livré aucune indication sur les documents en sa possession, si bien qu'on ignore s'il a pu prendre connaissance des rapports d'examen radiologique, voire des clichés,

et à quand remontent les dernières investigations. À cet égard, il sera encore observé que les pièces annexées au rapport d'expertise ne contiennent pas de rapport radiologique de la colonne vertébrale, et que l'Annexe 1 ne fait pas référence à de tels examens. Le Dr L _____ a également retenu le diagnostic de chondropathie fémoro- patellaire « bilatérale » suite à son examen. Cette appréciation se comprend mal à lecture des pièces du dossier, puisque l'Annexe 6 (Documents médicaux supplémentaires) ne comprend qu'un rapport radiographique du 7 décembre 2020 relatif au genou droit. Les investigations ne semblent donc pas avoir porté sur l'articulation gauche. Il aurait en outre été utile que l'expert prenne position sur la discrète gonarthrose bilatérale retenue par le SMR en mars 2016, dont il n'a fait aucune mention. Sur le plan de la médecine interne, la Dresse K _____ a fait état, dans son anamnèse systématique liée à la spécialisation (rapport p. 15), de certaines atteintes qu'elle n'a pas reprises dans les diagnostics (rapport p. 20 et 21). Ainsi, l'intéressée lui a notamment signalé des céphalées frontales gauches séquellaires d'un accident ischémique transitoire (ci-après : AIT) de 2015, des vertiges au lever, des troubles du sommeil, ou encore des troubles du transit avec des épigastralgies (rapport p. 15, 16). L'experte n'a mentionné aucun de ces troubles

A/2177/2021 - 20/36 - dans la liste de ses diagnostics, qui semble a priori complète puisqu'elle énumère notamment une hypovitaminose D substituée, de nombreuses allergies, de l'asthme, l'AIT de 2015 (rapport p. 20). En l'absence de toute explication, il n'est pas possible de savoir si l'experte a écarté l'existence des troubles allégués, ou si elle a considéré qu'il s'agissait de symptômes compris dans le diagnostic de fibromyalgie.

E. 10.2.2

Au niveau psychiatrique, l'expert a écarté le trouble dépressif récurrent posé par le psychiatre traitant (rapport du 12 février 2020 du Dr H _____) et retenu le diagnostic de dysthymie (F34.1), sans effets sur la capacité de travail. Les explications du Dr M _____ apparaissent pour le moins confuses, dès lors qu'il a pris position sur les critères d'un « épisode dépressif » pour exclure le « diagnostic d'une dépression récurrente » (rapport p. 36), alors que cette dernière ne fait pas partie des diagnostics de la CIM-10, à laquelle l'expert s'est pourtant référé, et que le caractère récurrent concerne les « troubles dépressifs récurrents » (F33), et non les « épisodes dépressifs » (F32). En outre, l'argumentation de l'expert est très sommaire et ne tient pas suffisamment compte des plaintes de la recourante. À titre d'exemples, le Dr M _____ a indiqué ne pas retrouver de baisse des intérêts pour les activités agréables, mais « plutôt une limitation du fait des douleurs, par exemple concernant les activités sexuelles » (rapport p. 36). Or, la recourante n'a pas fait état d'une « limitation » de ses loisirs, mais bien de leur absence totale puisqu'elle a indiqué aux trois experts qu'elle n'avait « aucun » loisir (rapport p. 18, 33, 51), ce qui ressort également du descriptif de ses journées types. L'expert a noté que l'intéressée ne rapportait pas de diminution de l'appétit (rapport p. 36), mais la spécialiste en médecine interne a signalé une importante fluctuation du poids depuis 2013, l'intéressée ayant pesé 53 kg, puis 85 kg et 75 kg au moment de l'examen (rapport p. 16), ce qui n'a fait l'objet d'aucune discussion, si ce n'est la mention que l'intéressée avait pris du poids avec les anti-inflammatoires (rapport p. 31). L'expert a indiqué ne pas avoir constaté de ralentissement psychomoteur, d'agitation psychomotrice, des troubles de la concentration ou de la mémoire, ni de trouble anxieux (rapport p. 36). Compte tenu des observations du Dr H _____, lequel a signalé une diminution de la concentration et de l'attention, des difficultés à se remémorer avec précision les événements, une grande lenteur, une absence d'endurance, des difficultés à

effectuer les opérations mentales comme lire, un épuisement mental après 20 minutes d'entretien (rapport du

E. 10.3

En cas de prise de traitement médicamenteux, soit antalgique, soit psychotrope, pouvez-vous vérifier la compliance ou la biodisponibilité à l'aide d'un dosage sanguin ?

E. 10.3.1

En outre, comme déjà relevé, les experts n'ont pas procédé à une analyse approfondie commune des critères jurisprudentiels, chaque expert s'étant essentiellement prononcé du point de vue de sa spécialisation. Sous « Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence » (rapport p. 8), les experts ont repris telle quelle l'appréciation du psychiatre consignée sous « Analyse détaillée de la personne assurée et des ressources personnelles dont elle dispose » (rapport p. 38). Cette dernière « analyse » se limite en réalité à de simples affirmations, dépourvues de toute explication ou de tout exemple. Ainsi, le Dr M_____ a retenu une « amplification » du comportement face à la maladie. Sa prise de position se déduit de son commentaire apposé sous « Identification d'éléments d'autolimitation, d'exagération ou simulation » (rapport p. 39), où il a mentionné qu'il existait des éléments d'autolimitation entre les plaintes de l'intéressée et l'absence de limitation fonctionnelle strictement psychiatrique décrite dans la journée type, et entre les plaintes et les constatations faites lors de l'examen clinique. Cette affirmation n'emporte pas conviction, compte tenu des faiblesses de l'examen clinique, comme précédemment observé. Le psychiatre a en outre estimé que la capacité relationnelle et l'aptitude à nouer des contacts n'étaient pas altérées. Cette assertion se comprend après lecture du paragraphe « Avis sur le soutien reçu ou sur les difficultés rencontrées dans l'environnement social » (rapport p. 38), où le psychiatre a noté que l'intéressée bénéficiait du soutien de son mari et de sa

A/2177/2021 - 25/36 - famille au Pakistan, avec qui elle était en contacts réguliers, qu'il n'y avait aucune information objective disponible concernant son réseau relationnel en Suisse et que l'intéressée faisait signe d'amplification au niveau de ses plaintes. Une telle analyse est toutefois peu convaincante, puisqu'il ressort du rapport que les contacts sociaux de la recourante se limitent à voir une fois par mois une amie qui l'aide pour le ménage, et à téléphoner une fois par semaine à sa famille au Pakistan (rapport p. 33), et que son époux en a « marre » (rapport p. 15 et 48), qu'il est fatigué de ses douleurs (rapport p. 33 et 48), que son soutien s'avérait « de plus en plus difficile » (rapport p. 58). S'agissant de l'estime de soi et de la capacité de régression, jugées comme « légèrement altérées », l'expert n'a pas motivé sa détermination et son rapport ne contient pas les déclarations de l'intéressée sur ces questions, alors que le psychiatre traitant a relaté une diminution de l'estime de soi et un sentiment d'humiliation (rapport du

E. 10.3.2

Les experts ont conclu, « du point de vue interdisciplinaire », que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis 2012, mais entière dans une activité adaptée depuis toujours (rapport p. 9 et 10). La chambre de céans a déjà souligné que les experts n'ont pas discuté de l'interférence entre les différents troubles, en particulier entre la fibromyalgie et les troubles psychiques. Elle constate ensuite que les conclusions des experts sont contestées par tous les médecins traitants de la recourante, lesquels ont souligné les interactions des atteintes et considéré que l'état de santé global de leur patiente conduisait à

une incapacité de travail, quelle que soit l'activité envisagée. Ainsi, le Dr G_____ a relevé que l'association des douleurs diffuses dues à la fibromyalgie et de la présentation psychique conduisait à une incapacité de travail à tout le moins partielle, même dans un emploi adapté. Il a attesté d'une capacité de travail de 30% tout au plus en tant qu'aide-soignante et de 50% à 70% dans un emploi compatible (cf. rapport du 25 février 2019). Suite à l'évolution défavorable, il a conclu, compte tenu de la combinaison des atteintes somatiques et psychiques, que la capacité de travail était tout au plus de 20% dans une activité adaptée, et nulle dans l'emploi habituel. Il a expliqué qu'une amélioration rhumatologique ne pouvait être espérée qu'en cas d'évolution plus favorable des troubles psychiques. Il s'est étonné de la différence retenue par les experts entre une capacité de travail nulle dans l'activité d'aide-soignante et totale dans une activité adaptée (cf. rapport du 17 juin 2021). Le Dr H_____ a expliqué que les diagnostics de fibromyalgie et de dépression coexistaient depuis environ 10 ans et avaient des symptômes communs. Il était donc difficile d'attribuer précisément une incapacité à l'un ou à l'autre, les deux problèmes s'influençaient négativement. La liste des médicaments, des antidépresseurs, des antalgiques, des anti-inflammatoires et des antihypertenseurs était très longue et relativement inefficace, tant sur la symptomatologie douloureuse que dépressive. L'échec des traitements antidépresseurs, l'ancienneté du traumatisme et la focalisation sur les symptômes douloureux limitaient considérablement les chances d'évolution (rapport du 12 février 2020). Le psychiatre traitant a ensuite indiqué que si analysés séparément, le corps et le psychisme de l'assurée semblaient en apparence fonctionnels, la combinaison de ce corps particulier et de ce psychisme particulier ne fonctionnait pas bien ensemble. Quand la tête disait oui au travail,

A/2177/2021 - 28/36 - force était de constater que le corps disait non, et inversement. En conclusion, il n'y avait pas d'amélioration significative à attendre et le mécanisme du trouble était profondément ancré. La pharmacologie était relativement inefficace et la capacité de travail était durablement nulle dans toute activité, mais un effort de volonté était exigible (cf. rapport du 10 juin 2021). Enfin, la Dresse N_____ a noté que les experts n'avaient pas pris en compte les symptômes invalidants décrits et répétés par la patiente, qui n'était pas apte à travailler, même dans une activité adaptée. Les examens complémentaires ne permettaient pas d'objectiver les douleurs subjectives et néanmoins réelles (cf. rapport du 17 juin 2021).

E. 10.4

En cas de refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie, cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la personne expertisée à reconnaître sa maladie ?

E. 10.5

Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée. 11. Appréciation d'avis médicaux du dossier 11.1 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr M_____ du 22 mars 2021 ? En particulier concernant les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles et l'estimation de la capacité de travail ? Si non, pourquoi ?

A/2177/2021 - 36/36 - 11.2 Êtes-vous d'accord avec les avis du Dr H_____, notamment des 12 février 2020 et 10 juin 2021 ? En particulier concernant les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles et l'estimation de la capacité de travail ? Si non, pourquoi ? 12. Quel est le pronostic ? 13. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles

envisageables ? 14. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. H. Invite l'expert à faire une appréciation consensuelle du cas avec le Dr P_____ s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle. I. Invite l'expert à déposer, dans les meilleurs délais, un rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans. II. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

Sylvie CARDINAUX

La présidente

Eleanor MCGREGOR Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le

E. 10.5.1

En ce qui concerne les rapports du Dr H_____, elle observera encore que son appréciation des conséquences de l'agression subie par la recourante en 2009- 2010 sur son état psychique est contredite par les déclarations de l'intéressée aux experts. Ainsi, le psychiatre traitant a notamment mentionné que la patiente était devenue évitante et méfiante avec les patients, avait de plus en plus de peine à avoir des contacts directs (rapport du 12 février 2020), alors que le rapport d'expertise relate que l'intéressée avait expliqué avoir continué à s'occuper du patient à son retour de vacances jusqu'en 2012, « que cela ne l'effrayait plus, que ça ne lui faisait plus rien et que cela ne lui faisait pas peur » (rapport p. 31). Cette divergence remet notamment en cause le mécanisme de refoulement longuement décrit par le psychiatre traitant, ainsi que son évaluation selon laquelle le trouble dépressif serait secondaire au traumatisme physique et psychique (cf. rapport du 12 février 2020). En outre, le diagnostic de trouble de l'adaptation n'est pas motivé à satisfaction de droit et les critères diagnostiques du trouble dépressif récurrent n'ont pas été examinés de manière approfondie et détaillée. Enfin, dans son dernier rapport, le psychiatre traitant a évoqué un nouveau diagnostic, soit une neurasthénie (F48 ; cf. rapport du 10 juin 2021), qui, faute d'être étayé et est contesté par le médecin du SMR, ne saurait en l'état être confirmée. Enfin, les rapports du Dr G_____ ne permettent pas non plus de trancher le litige. Il sera en particulier rappelé que son appréciation de la capacité de travail tient compte de troubles psychiques qui ne sont en l'état pas établis. 11. Par conséquent, force est de constater que les pièces du dossier ne permettent pas de retenir des diagnostics clairs, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, ni de se déterminer sur la capacité de travail de la recourante à l'aune des

A/2177/2021 - 29/36 - indicateurs développés par la jurisprudence applicable en matière de fibromyalgie et de troubles psychiques. Partant, il est indispensable de compléter l'instruction médicale en ordonnant une expertise judiciaire pluridisciplinaire, comportant des volets en rhumatologie et psychiatrie, laquelle est confiée au docteur P_____ et au professeur O_____.

A/2177/2021 - 30/36 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise de Madame A_____. Commet à ces fins le docteur P_____, spécialiste FMH en rhumatologie, à Genève, et le professeur O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Genève. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : A.

Prendre connaissance du dossier de la cause. B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, en particulier la Dresse N_____, le Dr G_____, le Dr H_____ et la Dresse I_____. C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens. D. Charge le Dr P_____ d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants : 1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type) 2. Plaintes de la personne expertisée 3. Status et constatations objectives 4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu) Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogenèse) 4.1. Avec répercussion sur la capacité de travail 4.1.1 Dates d'apparition 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail 4.2.1 Dates d'apparition 4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ? 4.4 Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ? 4.5 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis 2012 ? 4.6 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les

A/2177/2021 - 31/36 - 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 personne expertisée). 4.7 Y a-t-il 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, des plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact ? 4.8 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ? 4.9 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ? 4.10 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ? 5. Limitations fonctionnelles 5.1 Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic 5.1.1 Dates d'apparition 5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ? 6. Capacité de travail 6.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic. 6.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ? 6.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? 6.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite / nulle ? 6.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ? 6.3.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? 6.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ? 6.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

A/2177/2021 - 32/36 - 6.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis 2012 ? 6.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ? 6.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ? 7. Traitement 7.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation. 7.2 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 ? 7.3 En cas de prise de traitement médicamenteux, soit antalgique, soit psychotrope,

pouvez-vous vérifier la compliance ou la biodisponibilité à l'aide d'un dosage sanguin ? 7.4 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée. 8. Appréciation d'avis médicaux du dossier 8.1 Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr L_____ du

E. 12

février 2020). Quant à l'intentionnalité et le dynamisme, considérés comme « légèrement altérés », il est rappelé le diagnostic de « déconditionnement physique » retenu par la spécialiste en médecine interne, lequel permet de douter d'un quelconque dynamisme. S'agissant de l'« Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge » (rapport p. 8), les experts ont uniquement rappelé les limitations fonctionnelles retenues dans chaque volet de l'expertise. L'« Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés » a été faite par l'expert psychiatre (rapport p. 40), qui a indiqué qu'il n'y avait « aucun problème » concernant l'adaptation aux règles et aux routines, la planification et la structuration des tâches, la capacité de jugement et la prise de position, l'aptitude à s'affirmer, l'aptitude à entretenir des relations proches. Il n'a toutefois livré aucune argumentation pour appuyer ces conclusions et l'intéressée ne paraît pas, à la lecture du rapport, avoir été invitée à se déterminer sur tous ces points. On relèvera également que l'expert rhumatologue a noté qu'elle ne disposait d'aucune stratégie d'adaptation, ne parvenait pas à se projeter dans le futur (rapport p. 49), qu'elle avait des dettes (rapport p. 50), perdu tout le réseau relationnel (rapport p. 51), ce qui remet en cause les conclusions de l'expert psychiatre. Ce dernier a également considéré qu'il n'y avait « aucun problème » concernant l'hygiène et les soins corporels, ainsi que l'aptitude à se déplacer. Pourtant, l'intéressée a déclaré à la Dresse K_____ avoir besoin d'aide pour se laver les cheveux (rapport p. 15) et au Dr L_____ ne pas pouvoir marcher plus de 10 minutes (rapport p. 48). L'expert a considéré que la recourante présentait un « problème léger » pour l'usage des compétences spécifiques, sans préciser à quoi il se référait, ainsi que pour la capacité d'endurance, ce qui est surprenant eu égard au diagnostic de déconditionnement physique, ainsi que pour les aptitudes à établir des relations avec les autres et à évoluer au sein d'un groupe, alors que la recourante a déclaré ne rien faire de ses journées et avoir perdu tout contact social (rapport p. 51). C'est encore le lieu de relever que l'appréciation du Dr M_____ est en totale opposition avec celle du Dr H_____, qui a indiqué que les ressources sociales étaient pauvres, que l'époux de

A/2177/2021 - 26/36 - l'intéressée était âgé et malade, que son réseau social d'aide était très restreint, que ses ressources étaient affaiblies par la dépression (rapport du 12 février 2020). Le Dr G_____ a précisé qu'il avait constaté une souffrance due à la fibromyalgie qui entraînait des conséquences sévères sur la vie quotidienne, de plus en plus importantes au cours des années, avec une incapacité à gérer des activités de la vie quotidienne, comme les tâches ménagères et les loisirs (cf. rapport du

E. 17

juin 2021). Quant au « Contrôle de cohérence », « Comparaison des niveaux de limitations des activités dans tous les domaines » (rapport p. 8), les trois experts se sont à nouveau référés aux limitations fonctionnelles sous l'angle de leur propre spécialisation, sans qu'aucun d'eux ne relève que les déclarations de l'expertisée parlaient en faveur d'une restriction dans tous les aspects de la vie. En effet, la recourante a notamment expliqué que les tâches ménagères étaient essentiellement assumées par son époux et qu'elle s'occupait

uniquement d'une partie de la lessive et l'accompagnait parfois pour les courses. Elle a également indiqué qu'elle n'avait ni loisir, ni vie sociale, et que sa vie familiale se résumait à un contact téléphonique par semaine. Elle restait chez elle toute la journée, s'allongeait sur le canapé et faisait des vas-et-viens dans son appartement quand elle ne pouvait plus rester couchée à cause des douleurs, écoutait le Coran de temps en temps. Elle ne regardait pas la télévision et ne lisait pas (rapport p. 33). Sous « Appréciation critique des divergences entre les symptômes décrits, le comportement de la personne assurée en situation d'examen et l'examen clinique » (rapport p. 9), le psychiatre a noté des divergences entre les plaintes concernant l'humeur et les constatations lors de l'examen « qui ne retrouve pas de symptôme objectif en faveur d'un trouble dépressif caractérisé incapacitant ». Il a déjà été relevé que cette synthèse n'a pas fait l'objet d'un examen approfondi, qu'elle ne repose sur aucun élément objectif, et qu'elle semble écarter sans justification les plaintes de la recourante. Quant à l'expert rhumatologue, s'il a relaté d'importantes divergences entre les symptômes décrits par l'intéressée et son comportement en situation d'examen, avec des cris et des douleurs même en cas de petit effleurement, il a aussi indiqué qu'il existait des éléments d'autolimitation, en particulier la présence de 4 signes de Waddell sur 5, « la présence de ces derniers est liée à un phénomène central inconscient » et une kinésiophobie, sans autre développement, de sorte que ses conclusions sont peu accessibles. Enfin, la spécialiste en médecine interne n'a pas constaté de divergence, et n'a noté aucun élément « d'autolimitation, d'exagération ou simulation » (rapport p. 23). À la rubrique « Identification d'éléments d'autolimitation, d'exagération ou simulation » (rapport p. 9), chaque expert a rappelé sa propre évaluation, mais les trois médecins n'ont pas du tout expliqué ce qui pouvait justifier leur divergence de point de vue. Il sera enfin relevé que le Dr H_____ a souligné qu'il ne reconnaissait pas sa patiente dans la description faite par l'expert psychiatre, que l'intéressée prenait des médicaments depuis une bonne dizaine d'années, sans amélioration notable sur sa santé, et qu'il croyait

A/2177/2021 - 27/36 - qu'elle était honnête, faisait du mieux qu'elle pouvait, il lui faisait confiance (cf. rapport du 10 juin 2021). La Dresse N_____ a également exposé que la patiente était crédible dans ses déclarations et la description de ses difficultés quotidiennes. Elle ne parvenait pas à effectuer les activités de la vie de tous les jours et encore moins à avoir une quelconque activité professionnelle. En tant que médecin traitante, elle avait constaté que la patiente était totalement cohérente dans la description de ses limitations, de ses douleurs et cela depuis le début de ses symptômes qui l'avaient amenée à consulter en 2010 et à avoir besoin d'arrêts de travail depuis 2012 (cf. rapport du 17 juin 2021).

E. 22

mars 2021 ? En particulier concernant les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles et l'estimation de la capacité de travail ? Si non, pourquoi ? 8.2 Êtes-vous d'accord avec les avis du Dr G_____, notamment des

E. 25

février 2019, 17 juin et 20 juillet 2021 ? En particulier concernant les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles et l'estimation de la capacité de travail ? Si non, pourquoi ? 9. Quel est le pronostic ? 10. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? 11. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles E. Invite l'expert à faire une appréciation consensuelle du cas avec le Prof. O_____ s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité

de travail résiduelle. F. Invite l'expert à déposer, dans les meilleurs délais, un rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans. G. Charge le Prof. O _____ d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants : 1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)

A/2177/2021 - 33/36 - 2. Plaintes de la personne expertisée 3. Status et constatations objectives 4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu) Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogenèse) 4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail 4.1.1 Dates d'apparition 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail 4.2.1 Dates d'apparition 4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ? 4.4 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis 2012 ? 4.5 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 la personne expertisée). 4.6 Y a-t-il 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, des plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact ? 4.7 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ? 5. Limitations fonctionnelles 5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic 5.1.1 Dates d'apparition 5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ? 6. Cohérence 6.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

A/2177/2021 - 34/36 - 6.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ? 6.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de la personne expertisée ? En d'autres termes, les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel, personnel) ? 6.4 Quels sont les niveaux d'activité sociale et d'activités de la vie quotidienne (dont les tâches ménagères) et comment ont-ils évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ? 6.5 Dans l'ensemble, le comportement de la personne expertisée vous semble-t-il cohérent et pourquoi ? 7. Personnalité 7.1 Est-ce que la personne expertisée présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel ? Quel code ? 7.2 Est-ce que la personne expertisée présente des traits de la personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ? 7.3 Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ? 7.4 La personne expertisée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ? 8. Ressources 8.1 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur le plan somatique ? 8.2 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur les plans : a) psychique b) mental c) social et familial. En particulier, la personne expertisée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ? 9. Capacité de travail 9.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.

A/2177/2021 - 35/36 - 9.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ? 9.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? 9.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite/ nulle ? 9.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ? 9.3.1 Si non, ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? 9.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ? 9.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer. 9.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis 2012 ? 9.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ? 9.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ? 10. Traitement

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