

GE_GERICHTE ATAS/70/2016 vom 4. November 2008

GE Cour de justice, 2008-11-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_70_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/70/2016 du 4 novembre 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/70/2016 del 4 novembre 2008

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) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

E. 4

Interjeté dans la forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

E. 5

Le litige porte sur le bien-fondé du rejet de la nouvelle demande de la recourante. En d'autres termes, la question est de savoir si l'état de l'assurée s'est modifié depuis le 4 novembre 2008 - date de la première décision de l'intimé - au point de lui ouvrir droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

E. 6

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).

- 12/23-

A/981/2014 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est donc comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

E. 7

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2)

E. 8

Le Tribunal fédéral a durant longtemps déterminé les conditions auxquelles des tableaux cliniques psychosomatiques (cf. ATF 137 V 64, consid. 4.3, p. 69) pouvaient donner droit à une rente d'invalidité (ATF 130 V 352, consid. 2.2.2, p. 353, ATF 131 V 49, consid. 1.2, p. 50) en se basant sur la présomption qu'il était possible de surmonter un trouble douloureux somatoforme ou ses effets par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail pouvait résulter de facteurs déterminés, qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Au premier plan figurait l'existence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Les autres critères déterminants étaient : la présence d'affections corporelles chroniques, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie

- 13/23-

A/981/2014 inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, « fuite dans la maladie ») et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Mais dans un arrêt récent (9C_492/2014 du 3 juin 2015), notre Haute Cour a repensé la jurisprudence établie depuis l'ATF 130 V 352 en tenant compte, d'une part, de l'expérience accumulée au cours des onze années s'étant écoulées depuis cet arrêt de principe, d'autre part, des critiques formulées par la doctrine médicale et juridique à l'encontre de cette jurisprudence et de sa mise en œuvre. Le Tribunal fédéral a choisi de remplacer le modèle règle/exception ayant cours jusqu'alors par une grille d'analyse structurée et normative (arrêt op. cit. consid. 3.6). Il préconise une nouvelle méthode pour apprécier la question de savoir si le trouble douloureux diagnostiqué entraîne une incapacité de travail entière ou partielle : au moyen d'un catalogue d'indicateurs, la capacité de travail effectivement atteignable est soumise à une appréciation symétrique sans résultat prédéfini – qui tient compte des facteurs extérieurs incapacitants, d'une part, des potentiels de compensation (ressources), d'autre part (arrêt op. cit. consid. 3.6). Il sied toutefois de souligner que l'abandon de la présomption du caractère surmontable de la douleur n'a pas d'influence sur l'exigibilité et la nécessité d'une preuve objective : il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable

E. 9

Les observations médicales constituent le point de départ de l'examen du droit à la rente conformément aux art. 4 al. 1 LAI et 6 ss LPGA (en particulier l'art. 7 al. 2 LPGA) : une limitation de la capacité de travail ne peut donner droit à des prestations que si elle résulte d'une atteinte à la santé ayant fait l'objet d'un diagnostic indiscutable, établi par un médecin spécialiste de la discipline concernée) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (arrêt op. cit., consid. 2.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3). À cet égard, le Tribunal fédéral a émis l'avis que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant était sans doute posé nettement trop fréquemment. En conséquence, les experts doivent le justifier de manière à ce que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont effectivement été observés. La « plainte essentielle » doit concerner « une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de

- 14/23-

A/981/2014 détresse ». Le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme suppose par définition des atteintes aux fonctions utiles à la gestion de la vie quotidienne. Enfin, selon la CIM-10 (F45.4), « le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de son entourage et des médecins » (arrêt op. cit., consid. 2.1.2). Les experts doivent donc donner des explications quant au diagnostic, afin d'établir le caractère de maladie, mais également les atteintes concrètes des fonctions nécessaires à la gestion du quotidien, lesquelles seront aussi reprises dans l'estimation de la capacité de travail. À cet égard, il ne faut inclure dans la « preuve cohérente d'une activité et d'une participation perturbées » que des déficits fonctionnels émanant des observations qui ont également été

déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par un examen consciencieux de plausibilité (arrêt op. cit. consid. 2.1.2 ; ATF 140 V 290 consid. 3.3.1, p. 296 et consid. 3.3.2 au début, p. 297).

E. 10

Le diagnostic du syndrome douloureux somatoforme persistant basé sur les concepts du système médical de classification n'amenant à constater une importante atteinte à la santé relevant du droit de l'assurance-invalidité que si le diagnostic est valable également du point de vue des motifs d'exclusion cités dans l'ATF 131 V 49, il conviendra également que les experts se prononcent sur l'existence ou non de ceux-ci (limitation résultant d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable [se manifestant par une discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins médicaux, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ou encore, l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact], étant précisé qu'un simple comportement explicite n'indique pas en soi une exagération ; arrêt op. cit. consid. 2.2.1).

E. 11

Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La

- 15/23-

A/981/2014 question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas. Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. L'égalité de traitement commande en effet de soumettre tous les tableaux cliniques présentant des syndromes sans origine pathogène ou étiologique claire aux mêmes exigences en matière d'assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 5).

E. 12

La nouvelle approche préconisée par le Tribunal fédéral entraîne des adaptations dans la formulation des indicateurs et un certain élargissement matériel des aspects déterminants de l'examen. S'il est ainsi possible de se baser sur la liste de critères utilisée jusqu'alors, cette liste doit cependant être utilisée en tenant toujours compte des circonstances du cas particulier (il ne s'agit pas d'une « check-list où il suffit de cocher des rubriques ») et elle

n'est pas non plus immuable en tant que telle mais ouverte aux connaissances médicales nouvellement établies qui, en tant que réalités juridiques, marquent la conception de la liste de leur empreinte (cf. arrêt op. cit. consid. 4.1.1). Il s'impose dès lors d'abandonner l'importance prioritaire de la comorbidité psychique et de renoncer à faire référence au bénéfice primaire de la maladie. On ne parle plus de « critères » mais d'« indicateurs », c'est-à-dire d'éléments de preuve déterminants servant à établir un état de fait donné (arrêt op. cit. consid. 4.1.29.), les réponses des experts médicaux constituant des indices devant aider à pallier à la difficulté d'apporter la preuve dans l'évaluation de l'incapacité de travail lors de troubles psychosomatiques.

E. 13

a. Le premier indicateur mentionné est celui de « l'expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes ». À cet égard, on attend des experts que leurs constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles qui résultent de l'atteinte des conséquences (directes) de facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. C'est dans ce cadre qu'il convient d'examiner, par exemple, s'il y a exagération sans qu'il faille a priori exclure de ce fait une atteinte à la santé significative sur le plan juridique.

- 16/23-

A/981/2014 b. Le second indicateur mentionné est le succès du traitement ou la résistance à cet égard, c'est-à-dire l'évolution et le résultat des thérapies. c. Le troisième indicateur réunit les anciens critères de « comorbidité psychiatrique » et de « maladies physiques concomitantes », en vertu de la nécessité de l'approche globale des interactions et autres corrélations du trouble douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes préconisée par le Tribunal fédéral.

Il est renoncé à l'importance prépondérante accordée jusqu'alors à la comorbidité psychiatrique : la comorbidité psychique n'est plus prioritaire de manière générale mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive la personne assurée de ressources. Une dépression ne perd plus toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources du seul fait de sa connexité médicale (éventuelle) avec le trouble douloureux. Toutefois, les tableaux cliniques qui apparaissent comme de simples variantes de la même entité dans des qualifications différentes sur le plan diagnostique sur la base de symptômes identiques ne constituent d'emblée pas une comorbidité. Sinon, l'atteinte à la santé pouvant être qualifiée et décrite de plusieurs manières serait évaluée à double. d. À ces trois premiers indicateurs concernant le degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, s'ajoute un quatrième, relatif à la personnalité. En effet, du fait de la prise en compte renforcée des ressources, le complexe de la personnalité (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales) gagne en importance. Cela recouvre non seulement les formes classiques du diagnostic de la personnalité - qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité - , mais également le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » - qui désigne les capacités inhérentes à la personnalité. Il s'agit de tirer des déductions sur la capacité de travail (conscience de soi et de l'autre, épreuve de réalité et la formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, capacité à se référer à un objet, motivation, notamment) et de clarifier les répercussions

fonctionnelles de l'atteinte à la santé. e. Enfin, le contexte social, qui influence aussi la manière dont se manifestent concrètement les effets de l'atteinte à la santé, constitue un cinquième indicateur.

E. 14

L'aspect de la cohérence étant décisif en matière de preuve (arrêt op. cit. consid. 4.4), des indicateurs sont là aussi envisagés par le Tribunal fédéral. 1. En premier lieu, celui de la limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie, qui revient à se demander si la limitation en question se manifeste de la même manière dans la profession et l'activité rémunérée (ou, pour les personnes sans activité lucrative, dans les actes habituels de la vie), d'une part, et dans les autres domaines de la vie (p. ex. l'organisation des loisirs),

- 17/23-

A/981/2014 d'autre part. L'ancien critère du retrait social doit être interprété de telle sorte qu'il ne se réfère pas qu'à des limitations mais concerne aussi les ressources ; à l'inverse, un retrait conditionné par une maladie peut cependant aussi diminuer encore les ressources. Il est recommandé d'effectuer aussi une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant la survenance de l'atteinte à la santé. Le niveau d'activité de la personne assurée doit toujours être considéré en relation avec l'incapacité de travail alléguée (arrêt op. cit. consid. 4.4.1). 2. En second lieu, la prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet (en complément au point de vue du succès du traitement et de la réadaptation ou de la résistance à ceux-ci) d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois le cas que si le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en cours en matière d'assurance. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le refus ou la mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de la personne assurée à reconnaître sa maladie. De manière similaire, il faut tenir compte du comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (et de ses propres efforts de réadaptation) : un comportement manquant de cohérence est, là aussi, un indice que la limitation alléguée serait due à d'autres raisons qu'une atteinte à la santé assurée (arrêt op. cit. consid. 4.4.2).

E. 15

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 LPG), 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Le juge des assurances sociales fonde sa

décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement

- 18/23-

A/981/2014 comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 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). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, 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). Il convient encore de préciser que les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve : il convient de procéder à un examen global du cas particulier avec ses spécificités et les griefs invoqués et d'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 une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut suffire (cf. arrêt du TF op. cit. consid. 8).

E. 16

En l'espèce, l'on se trouve en présence de deux expertises aboutissant à des conclusions diamétralement opposées, puisque les experts psychiatres du Centre universitaire romand de médecine légale ont estimé l'assurée totalement incapable de travailler depuis l'été 2010, alors que ceux du BEM l'ont jugée apte à exercer à 80% son ancienne activité. Il est à relever que les experts du BEM se sont fondés, pour nier le caractère invalidant des atteintes de l'assurée, sur des critères qui n'ont plus cours désormais.

- 19/23-

A/981/2014 Il est vrai que cela ne suffit pas en soi pour nier toute valeur probante à leur rapport. S'y ajoute cependant le fait que les experts précédents, au terme d'un rapport détaillé et motivé de manière convaincante, avaient considéré, eux, que les limitations psychiques étaient importantes et entravaient à elles seules la capacité de travail de

l'assurée. Dans ces circonstances, un simple complément d'expertise ne saurait suffire. Il convient bien plutôt de mettre en œuvre une nouvelle expertise bidisciplinaire en bonne et due forme, étant rappelé que cette solution s'impose lorsque le doute est jeté, ce qui est le cas en l'occurrence.

E. 17

Évaluez l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquez depuis quand une telle activité est exigible et quel(s) serai(en)t le(s) domaine(s) d'activité adapté(s).

E. 18

Indiquez s'il y a une diminution de rendement et chiffrez-la.

E. 19

Évaluez la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquez quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.

- 22/23-

A/981/2014

E. 20

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

E. 21

Commentez et discutez les avis médicaux du SMR, des experts s'étant déjà prononcés et des médecins traitants et indiquez - cas échéant - pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés.

E. 22

Formulez un pronostic global.

E. 23

Toute remarque utile et proposition des experts. 5. 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. 6. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans. 7. Fixe aux parties un délai de 10 jours dès réception de la présente pour une éventuelle récusation des experts nommés. 8. Réserve le fond.

- 23/23-

A/981/2014

La greffière

Marie-Catherine SÉCHAUD

La Présidente

Karine STECK

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.