

# **GE\_GERICHTE ATAS/734/2018 vom 27. August 2018**

GE Cour de justice, 2018-08-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_734\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_734_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/734/2018 du 27 août 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/734/2018 del 27 agosto 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales 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**

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).

### **E. 3**

Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité.

### **E. 4**

L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 – 5ème révision AI). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

### **E. 5**

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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).

A/3757/2016 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).

## **E. 6**

Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, les syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique 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). Toutefois, dans un arrêt rendu le 3 juin 2015 (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 pouvaient en règle générale être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité). Il a introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Dans un arrêt subséquent, il a considéré que dans la mesure où les difficultés d'objectivation et de preuve étaient communes à toutes les affections psychiques, le catalogue d'indicateurs découlant de l'ATF 141 V 281 devait être étendu également à ces affections, y-compris aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 409 consid. 4.2.1). Ces modifications jurisprudentielles ne changent cependant rien à la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA, qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7). En d'autres termes, la reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante à l'aide des indicateurs standards. À défaut, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve (consid. 6 de l'arrêt cité). La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. En effet, la définition de cette atteinte mentionne comme « plainte essentielle », une « douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse ». En outre, ce trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de

- 11/20-

A/3757/2016 l'entourage et des médecins (ch. F 45.40 de la CIM [Classification internationale des maladies]-10 2014). Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2).

## E. 7

Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). 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

- 12/20-

A/3757/2016 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. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération 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 »

- 13/20-

A/3757/2016 Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4). 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 asséculologique 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).

## **E. 8**

Selon le Tribunal fédéral, le changement de jurisprudence ne justifie pas en soi de nier toute valeur probante aux expertises rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies, le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux, permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_716/2015 du 30 novembre 2015 consid. 4.1).

## **E. 9**

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

- 14/20-

A/3757/2016 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). Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

#### **E. 10**

En l'espèce, l'intimé a fait siennes les conclusions du rapport d'expertise de la PMU, à teneur duquel le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans toute activité exercée en position assise, lui permettant de se lever et d'éviter les marches prolongées, ainsi que les contacts visuels avec le public. Pour sa part, le recourant s'estime incapable d'exercer toute activité professionnelle. En substance, il reproche aux experts, d'une part, d'avoir retenu le diagnostic de « syndrome douloureux chronique de la région inguino-scrotale » (N50.8) plutôt que celui de « syndrome douloureux chronique avec facteurs somatique et psychique » (F.45.41), d'autre part, d'avoir omis de prendre en considération diverses limitations psychiques induites par ses douleurs, telles qu'énumérées par son médecin traitant dans un rapport de juin 2016 (fatigabilité, irritabilité, retrait social, diminution des capacités de concentration, de résistance au stress et d'adaptation). Il demande à la juridiction cantonale de mettre en œuvre une nouvelle expertise.

#### **E. 11**

Afin de se prononcer sur la capacité de travail, il convient d'examiner la valeur probante des rapports versés au dossier. a. La Cour de céans constate que les conclusions de l'expertise réalisée par la PMU en 2016 entrent partiellement en contradiction avec sa motivation, dans la mesure où les experts y ont considéré que l'assuré était pleinement capable d'exercer une activité adaptée tout en soulignant dans leur appréciation, notamment : - que « l'entretien et l'anamnèse permett[ai]ent avec un degré de vraisemblance élevé d'écarter une simulation ou une exagération chez un homme qui [avait] enduré ces cinq dernières années aussi bien la honte liée à l'emplacement des

- 15/20-

A/3757/2016 douleurs que les traitements proposés auxquels il s'[était] soumis et qui, pour certains, [avaient] pu être pénibles » (p.15) ; - que « le syndrome douloureux a[vait] un impact sur la capacité de travail, sur l'insertion sociale et sur le climat relationnel avec les proches » (p.15) ; - que « la compliance aux traitements invasifs qui [avaient] été proposés par le centre antidouleur [allait] également dans le sens d'un authentique vécu douloureux que l'absence d'étiologie objectivable ne [pouvait] totalement exclure » (p. 17) ; - que « malgré l'absence d'étiologie somatique retrouvée, le syndrome douloureux chronique, non expliqué par une pathologie psychiatrique associée, [était] (...) à l'origine d'un retentissement fonctionnel important chez un expertisé semblant présenter peu de ressources pour le surmonter » (p.17). Par ailleurs, force est d'admettre que l'expertise de la PMU ne permet pas d'apprécier la capacité de travail conformément aux indicateurs déterminants prescrits par la nouvelle jurisprudence relative aux atteintes sans étiologie claire (ATF 141 V 281), qu'il convient d'appliquer au cas d'espèce à défaut de substrat organique permettant d'expliquer les plaintes de l'assuré. On cherche notamment en vain dans cette expertise une évaluation motivée des ressources personnelles de l'assuré, ainsi que la détermination des experts sur une éventuelle limitation uniforme des niveaux d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1 de l'arrêt cité). On regrette également que les experts ne se soient pas livrés à une comparaison du niveau d'activité sociale avant et après l'opération chirurgicale de 2011 (ibidem), ni n'aient fourni la moindre indication quant au complexe de personnalité de l'assuré (diagnostic, développement et structure de la personnalité, fonctions complexes du moi, cf. consid. 4.3.2 de l'arrêt cité). Enfin, on constate que le diagnostic posé par les experts de « syndrome douloureux chronique de la région inguino-scrotale » ne figure pas sous cette dénomination dans la Classification internationale des maladies éditée par l'Organisation mondiale de la santé (CIM-10, 10ème révision). En effet, le code N50.8 auquel ils se réfèrent correspond aux « autres affections précisées des organes génitaux de l'homme ». Aussi doit-on admettre que l'expertise de la PMU ne revêt qu'une valeur probante limitée. b. Bien qu'elle ne soit pas totalement exempte de renseignement à ce propos, l'expertise réalisée par le Dr C\_\_\_\_\_ en 2012 ne contient pas non plus une évaluation complète et détaillée des ressources de l'assuré au regard d'une éventuelle limitation des niveaux d'activité dans tous les domaines comparables de la vie, étant rappelé que l'analyse devrait comprendre, dans la mesure du possible, une comparaison du niveau d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé. Cette expertise est également peu diserte s'agissant du complexe de personnalité de l'assuré, alors que la nouvelle jurisprudence a renforcé les exigences de motivation

- 16/20-

A/3757/2016 sur ce point (cf. consid. 4.3.2 de l'arrêt cité). Enfin, l'expert C\_\_\_\_\_ a laissé ouverte la question du diagnostic, en mentionnant deux hypothèses, soit celles d'un trouble somatoforme douloureux persistant ou de « facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs », que des investigations supplémentaires sur l'étiologie des douleurs étaient censées permettre de départager. Toutefois, l'expertise subséquente de la PMU, bien que confirmant l'absence de substrat organique, ne permet pas véritablement de clarifier la question puisqu'aucun de ces diagnostics n'y est retenu. Au vu de ce qui précède, des investigations médicales supplémentaires demeurent nécessaires afin que la chambre de céans puisse statuer sur la capacité de travail et le degré d'invalidité, partant sur le droit éventuel à des prestations de

l'assurance-invalidité.

**E. 12**

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. 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 ; 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). 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).

**E. 13**

Indiquer si d'autres traitements que ceux en cours sont envisageables et le cas échéant, quelle serait leur influence sur la capacité de travail. Quelles sont les probabilités de succès des éventuelles options thérapeutiques et quels sont les risques et/ou effets secondaires ? Combien de temps dureraient les mesures proposées ?

**E. 14**

Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines de la vie (activité lucrative, ménage, loisirs et activités sociales) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ? Veuillez comparer avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé.

**E. 15**

Dire quelles sont les limitations fonctionnelles, a) dans l'activité habituelle (cf. descriptif du poste de travail remis par l'employeur), b) dans une activité adaptée.

- 19/20-

A/3757/2016

**E. 16**

Mentionner les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assuré, en pourcent, a) dans l'activité habituelle b) dans une activité adaptée.

**E. 17**

Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant décrire son évolution et indiquer comment son taux a évolué.

**E. 18**

Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée. Le cas échéant, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel domaine d'activité vous paraît adapté.

**E. 19**

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

**E. 20**

Discuter les avis des experts s'étant déjà prononcés, des médecins de l'assuré et indiquer pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés.

**E. 21**

Formuler un pronostic global.

**E. 22**

Toute remarque ou proposition utile des experts. 5. S'agissant plus particulièrement des troubles psychiques, charge l'expert-psychiatre de répondre également 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 ? Veuillez motiver. d) De quelles ressources mobilisables l'assuré dispose-t-il ? Veuillez motiver. e) Quel est le contexte social ? L'intéressé peut-il 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'assuré à reconnaître sa maladie ? g) Dans l'ensemble, le comportement de l'expertisé vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ?

- 20/20-

A/3757/2016 h) Veuillez expliquer pourquoi vous confirmez ou écartez les limitations psychiques énumérées par le Dr B\_\_\_\_\_, soit : - fatigabilité - irritabilité - retrait social - diminution des facultés d'adaptation - diminution des capacités de concentration et de résistance au stress. i) L'état psychique de l'assuré s'est-il aggravé ? Si oui, quand, dans quelle mesure et de quelle façon ? 6. 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 résiduelle de travail. 7. Invite les experts à déposer dans les meilleurs délais un rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans. 8. Fixe aux parties un délai de 10 jours dès réception de la présente pour une éventuelle récusation des experts nommés. 9. Réserve le fond.

La greffière

Marie-Catherine SECHAUD

La présidente

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le