

# **GE\_GERICHTE A/2300/2015 vom 20. Juni 2016**

GE Cour de justice, 2016-06-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2300\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2300_2015)

FR: GE\_GERICHTE A/2300/2015 du 20 juin 2016

IT: GE\_GERICHTE A/2300/2015 del 20 giugno 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Il faut davantage tenir compte du degré de gravité inhérent au diagnostic du trouble somatoforme douloureux : comme « plainte essentielle », il faut une « douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse » (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1). 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).

### **E. 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 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).

### **E. 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).

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 assuré (consid. 4.4.2).

8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art.

61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions (art. 44 LPGA). À l'ATF 137 V 210 consid. 3, le Tribunal fédéral a instauré de nouveaux principes visant à consolider le caractère équitable des procédures administratives et de recours judiciaires en matière d'assurance-invalidité par le renforcement des droits de participation de l'assuré à l'établissement d'une expertise (droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées et d'en formuler d'autres) et ce afin que soient garantis les droits des parties découlant notamment du droit d'être entendu et de la notion de procès équitable (art. 29 al. 2 Cst, art. 42 LPGA et art. 6 ch. 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 [CEDH; RS 0.101]; ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). Il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (consid. 4). Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_552/2009 du 8 avril 2010 consid. 5.3). 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de

mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). d. 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). 9. 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 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). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst, RS 101; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst.

étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d). 10. a. En l'espèce, à la suite du renvoi de la cause pour instruction complémentaire, par arrêt de la chambre de céans du 17 octobre 2014, l'OAI a mandaté deux médecins du SMR, soit des médecins employés par lui-même.!

b. S'agissant du rapport du Dr R\_\_\_\_\_, ses conclusions ne sont pas critiquées par le recourant et rien ne permet de douter de leur fiabilité, si ce n'est la durée de l'examen clinique qui n'aurait été que de 20 minutes au total selon le recourant. Dans la mesure toutefois où il apparaît que l'incapacité de travail du recourant doit être examinée essentiellement en fonction de la pathologie psychiatrique, comme l'avait déjà relevé, son médecin traitant le Dr B\_\_\_\_\_, le 14 février 2011, il ne se justifie pas de faire procéder à une expertise sur le plan rhumatologique.

c. S'agissant du rapport du Dr S\_\_\_\_\_, certains doutes peuvent être émis sur sa fiabilité. Sur la base d'un entretien qui pourrait avoir été très court, il a en effet retenu un trouble dépressif moyen, alors que plusieurs médecins ayant traité l'assuré sur une période plus longue ont fait état d'un trouble dépressif sévère (la Dresse I\_\_\_\_\_ le 22 août 2011; la Dresse K\_\_\_\_\_ le 26 avril 2012; les Drs L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ le 7 mai 2012; la Dresse O\_\_\_\_\_ le 28 août 2013; les Drs P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ le 20 août 2014). Sur la même base, le Dr S\_\_\_\_\_ a contesté la réalité des hallucinations décrites par l'assuré, qui avaient pourtant déjà été constatées et non remises en doute par plusieurs médecins (les Drs L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ le 7 mai 2012; les Drs P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_, 28 août 2014). Le Dr S\_\_\_\_\_ a retenu qu'il était difficile d'affirmer que l'état psychique de l'assuré était cristallisé bien qu'il s'agissait d'une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable et que jusqu'à présent le traitement avait échoué, en se contentant de relever qu'il était difficile d'affirmer qu'il n'y avait pas d'évolution possible au plan thérapeutique, sans autre motivation. Or, la Dresse K\_\_\_\_\_ a retenu, au contraire, le 26 avril 2012, que le patient présentait un état psychiatrique cristallisé. Enfin, le Dr S\_\_\_\_\_ a considéré qu'il n'y avait pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, comme le montrait la vie quotidienne de l'assuré, sans préciser à quels éléments concrets, il faisait allusion. Or, à teneur de la description figurant dans le rapport du SMR, la vie de l'assuré apparaît très affectée au quotidien. Cette conclusion du Dr S\_\_\_\_\_ est, en outre, contredite par la Dresse K\_\_\_\_\_, qui constatait, le 26 avril 2012, que le patient présentait une perte d'intégration sociale et un périmètre de vie extrêmement réduit, la Dresse O\_\_\_\_\_ qui constatait, le 22 octobre 2012, une perte d'intégration sociale et un repli sur soi et les Drs P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ qui constataient, le 20 août 2014, que le patient présentait une aboulie complète confirmée par son épouse, passant ses journées au lit sans aucune activité et ne tolérant la présence de personne. Enfin le Dr S\_\_\_\_\_ n'a pas tenu compte des hospitalisations de l'assuré ni des rapports qui les ont suivies.

11. Il y a ainsi des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du Dr S\_\_\_\_\_ pour imposer la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique par un médecin indépendant. Dans la mesure où certains médecins ont évoqué un trouble somatoforme douloureux, il y a lieu de poser à l'expert les questions relatives à l'appréciation du caractère invalidant de ce trouble, ce d'autant plus que depuis l'examen du SMR, le Tribunal fédéral a rendu son arrêt modifiant les critères d'appréciation à ce sujet.!

**PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :** Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise psychiatrique de Monsieur A\_\_\_\_\_ !
2. Commet à ces fins le docteur T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie. !
3. 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 le recourant : ![/endif]>![if > c) examiner et entendre l'assuré, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis de d'autres spécialistes ;![/endif]>![if > d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.![/endif]>![if > 4. Établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :![/endif]>![if > 1. Anamnèse détaillée.![/endif]>![if > 2. Plaintes et données subjectives de la personne.![/endif]>![if > 3. Status clinique et constatations objectives.![/endif]>![if > 4. Diagnostics selon la classification internationale.![/endif]>![if > Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse). 5. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ? ![/endif]>![if > 6. L'état de santé de l'assuré s'est-il aggravé depuis mars 2012 ?![/endif]>![if > 7. Les plaintes sont-elles objectivées ? ![/endif]>![if > 8. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par l'assuré).![/endif]>![if > 9. Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?![/endif]>![if > 10. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?![/endif]>![if > 11. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ? ![/endif]>![if > 12. L'assuré a-t-il-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ? ![/endif]>![if > 13. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?![/endif]>![if > 14. 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 ? ![/endif]>![if > 15. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne,![/endif]>![if > a) dans l'activité habituelle ![/endif]>![if > b) dans une activité adaptée.![/endif]>![if > 16. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail du recourant, en pourcent,![/endif]>![if > a) dans l'activité habituelle ![/endif]>![if > b) dans une activité adaptée.![/endif]>![if > 17. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution.![/endif]>![if > 18. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté.![/endif]>![if > 19. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.![/endif]>![if > 20. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail. ![/endif]>![if > 21. Commenter et discuter les avis médicaux du SMR, des experts s'étant déjà prononcés et des médecins traitants et indiquer - cas échéant - pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés.![/endif]>![if > 22. Formuler un pronostic global.![/endif]>![if > 23. Toute remarque utile et proposition de l'expert.![/endif]>![if > 5. S'agissant plus particulièrement des troubles psychiques, charge l'expert psychiatre de répondre également aux questions suivantes :![/endif]>![if > 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'assuré dispose-t-il ? 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 ? 6. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans. 7. Réserve le fond. La greffière Brigitte BABEL La Présidente Catherine TAPPONNIER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le

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