

## **GE\_GERICHTE A/2710/2012 vom 10. Juni 2014**

GE Cour de justice, 2014-06-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2710\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2710_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/2710/2012 du 10 juin 2014

IT: GE\_GERICHTE A/2710/2012 del 10 giugno 2014

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 10.06.2014  
A/2710/2012

A/2710/2012 ATAS/695/2014 du 10.06.2014 ( AI ) En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2710/2012 ATAS/695/2014 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Ordonnance du 10 juin 2014 3ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à ONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BOUCHAARA Evelyne recourante contre Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Madame à A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1962, d'origine kosovare, est arrivée en Suisse en 1994. Mariée, elle est mère de trois enfants nés en 1995, 1997 et 1999. Elle a travaillé en qualité de manutentionnaire pour un importateur de volailles de mai 2003 à décembre 2006, date à laquelle son contrat de travail a été résilié. Parallèlement, l'assurée a exercé une activité de nettoyeuse à 50% dès le 24 juillet 2001. Licenciée également de ce poste le 4 octobre 2007, elle s'est annoncée à l'assurance-chômage et a été à plusieurs reprises en incapacité de travail depuis lors.![endif]>![if> 2. Le 4 novembre 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI). ![endif]>![if> 3. A été versé au dossier de l'assurée le préavis médical rendu par le Dr B\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'office cantonal de l'emploi (OCE), le 8 décembre 2009. Il s'agit d'un bref formulaire concluant à une incapacité de travail dès septembre 2008, de façon temporaire. Le médecin indiquait brièvement qu'une activité consistant en un travail physiquement léger et psychologiquement peu stressant était exigible à 50%, taux qui pourrait être augmenté à 100% dans les trois à six mois.![endif]>![if> 4. Dans un rapport du 17 novembre 2010, le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant, a conclu à un trouble hypochondriaque et à un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen présents depuis plusieurs années entraînant une totale incapacité de travail depuis 2007.![endif]>![if> 5. Par courrier du 16 décembre 2010, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée souffrait d'un problème cardiologique (tachycardie sinusale et supra-ventriculaire résistante au traitement médical avec une symptomatologie de malaises et faiblesses de type lipothymie).![endif]>![if> 6. Le dossier a été soumis au Dr E\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), qui, le 11 avril 2011 a constaté que la situation médicale était confuse. Il a relevé que le Dr B\_\_\_\_\_ ne donnait aucun diagnostic et ne motivait pas non plus l'incapacité de travail, que sur le plan physique, si le cardiologue rapportait une tachycardie sinusale et supra-ventriculaire résistante au traitement, le rapport d'échographie du 16 décembre 2010 était rassurant, tout comme l'examen Holter du 2 novembre 2010. Qui plus est, le cardiologue ne se prononçait pas sur la capacité de travail ou les limitations fonctionnelles.![endif]>![if> 7. Interrogé sur ce qui justifiait l'incapacité de travail de sa patiente, le Dr F\_\_\_\_\_ a brièvement répondu que celle-ci était « très handicapée par les

arythmies + état dépressif » (sic).! [endif]> [if> 8. Dans un courrier du 9 mai 2011, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué ne pouvoir se prononcer sur la capacité de travail et a renvoyé l'OAI au médecin-traitant en ces termes : « Je pense que ce sujet devrait être discuté avec son médecin-traitant, en particulier le diagnostic non cardiologique de la patiente ».! [endif]> [if> 9. L'assurée a alors été adressée au Dr G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rendu son rapport en date du 14 octobre 2011. ! [endif]> [if> Aux termes de son analyse, l'expert n'a retenu aucun diagnostic sur le plan psychique ayant une répercussion sur la capacité de travail. Il n'a mentionné qu'une dysthymie présente depuis 2004 environ. Le médecin a notamment relevé l'absence d'une perturbation sévère de l'environnement psychosocial, dont il a indiqué qu'il était inchangé depuis de nombreuses années et marqué par des relations proches et stables surtout au plan familial. Le médecin a souligné des incohérences importantes entre la description subjective par la patiente de ses symptômes et ses propres observations. Il a ainsi relevé que l'assurée participait activement à l'examen, sans signes importants de manque d'énergie ou de fatigue et décrivait de manière authentique son intérêt pour certaines émissions de télévision et la cuisine, par exemple. L'expert s'est étonné que l'assurée reste capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne et d'entreprendre par exemple des voyages impliquant des trajets en voiture d'une durée d'un jour ou plus, alors qu'à l'examen, elle frappait par un comportement démonstratif et une description dramatique de ses plaintes subjectives. Les éléments objectivables de l'anamnèse et de l'examen psychiatrique ne permettaient quant à eux pas de conclure à l'existence de symptômes dépressifs dépassant un degré de sévérité relativement léger. Les angoisses consistaient plus en craintes hypochondriaques s'inscrivant dans le contexte de la dysthymie que d'un trouble hypochondriaque à proprement parler. En définitive, l'expert a conclu à une totale capacité de travail quelle que soit l'activité vu l'absence de maladie psychiatrique incapacitante.

10. Le 1<sup>er</sup> juin 2012, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation.! [endif]> [if> 11. Le 27 juin 2012, l'assurée s'y est opposée en alléguant en substance être dans l'incapacité totale de travailler depuis septembre 2010.! [endif]> [if> 12. Par décision du 11 juillet 2012, l'office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) a nié à l'assurée le droit à toute prestation.! [endif]> [if> L'OAI a en effet considéré que l'assurée avait conservé une pleine capacité de travail et de gain et ce, dans toute activité.

13. Par écriture du 10 septembre 2012, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à ce que soient entendu ses médecins-traitants, à ce que soit ordonnée une nouvelle expertise psychiatrique et, quant au fond, à ce que lui soit reconnu le droit à une rente entière, avec suite de frais et dépens.! [endif]> [if> La recourante reproche au Dr G\_\_\_\_\_ une appréciation qu'elle juge arbitraire sur plusieurs points : - l'expert a relevé des contradictions dans ses explications alors même qu'elle ne maîtrise pas le français et que la traductrice qui l'assistait était de langue albanaise (elle-même s'exprime dans un dialecte du Kosovo), ce qui est, selon elle, à l'origine d'éventuelles imprécisions ;! [endif]> [if> - l'expert aurait fondé son diagnostic sur ses seules observations, lesquelles n'ont duré que 120 mn. ;! [endif]> [if> - l'expert a écarté tout trouble de la mémoire et de la concentration alors même qu'il a noté qu'elle peinait à reconstruire chronologiquement son anamnèse ;! [endif]> [if> - l'intérêt qu'elle a pu montrer pour des émissions de télévision et le fait qu'elle ait souri ont suffi à l'expert pour conclure à des incohérences par rapport aux symptômes décrits ;! [endif]> [if> - l'expert lui reproche sa réticence à donner des informations détaillées sur sa vie quotidienne

et sociale alors même qu'il a pu en faire un exposé détaillé dans son expertise ;

l'expert a conclu à un manque de compliance alors qu'elle suit les prescriptions de son médecin-traitant ;

le diagnostic retenu par l'expert - une simple dysthymie - diverge de celui de son psychiatre-traitant.

En substance, se référant aux avis des Drs C\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, la recourante soutient être dans l'incapacité totale de travailler. A l'appui de sa position, elle se réfère aux différentes pièces médicales déjà versées à son dossier et produit en outre : - un rapport du Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecin-interne et cardiologie, du 6 novembre 2012, du 29 juin 2011, concluant à un hyper-dynamisme du ventricule gauche sans valvulopathie détectée et à une taille du ventricule gauche normale avec fraction d'éjection élevée à 70 % ;

un rapport établi le 5 septembre 2012 par le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, attestant la suivre régulièrement depuis septembre 2010 pour des troubles hypochondriaques et un trouble dépressif récurrent épisode moyen ; le médecin y relève que, malgré les plaintes somatiques persistantes, les investigations n'ont pas permis de mettre en évidence la moindre cause organique ; l'état psychique de l'assurée demeure stationnaire, malgré le traitement ; ce médecin conteste le diagnostic de dysthymie retenu, alléguant que ce diagnostic n'implique pas de focalisations et préoccupations constantes telles que celles dont souffre sa patiente, persuadée de souffrir d'une maladie grave ; chez l'assurée, le mal-être est permanent ;

un rapport du Dr F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, du 7 septembre 2012, attestant suivre l'assurée de façon intermittente depuis 2004 et régulièrement depuis la fin de l'année 2008 pour une arythmie cardiaque, des palpitations avec extrasystoles et un état dépressif se traduisant par une importante tristesse et une incapacité à s'occuper de sa famille et de ses enfants, avec un net manque d'intérêt ; le médecin émet l'opinion que sa patiente est dans l'incapacité d'entreprendre n'importe quel travail en raison de l'importante diminution de rendement sur le plan physique et psychique ;

un courrier du Dr C\_\_\_\_\_ du 1 er novembre 2012 contestant une nouvelle fois la position de l'expert ;

un courrier du Dr D\_\_\_\_\_ du 6 novembre 2012, expliquant qu'il suit l'assurée conjointement aux Drs F\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_, que sa pathologie principale consiste en affections psychiatriques et de médecine générale, que sur le plan cardiologique, on note : lipothymie avec dyspnée, DRS, palpitations et accès de tachycardie supraventriculaire et sinusale actuellement bien contrôlée par bêtabloqueurs et procoralan ; une fibrillation auriculaire paroxystique n'a jamais été documentée ; selon le médecin, il y aurait eu récemment aggravation des symptômes et accélération des troubles du rythme nécessitant une nouvelle évaluation cardiologique.

14. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 9 octobre 2012, a conclu au rejet du recours.

L'intimé soutient que l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ doit se voir pleine valeur probante puisque les médecins-traitants ne font fait valoir aucun élément objectivement vérifiable permettant de s'en écarter. Selon lui, l'expert a parfaitement explicité les raisons qui l'ont amené à s'écarter des diagnostics retenus par le psychiatre-traitant. Quant à l'atteinte cardiaque, l'intimé relève que, dans son dernier courrier le Dr D\_\_\_\_\_ confirme que la situation est sous contrôle et que ce médecin, interrogé à plusieurs reprises dans le cadre de l'instruction du dossier, n'a jamais fait état de limitations fonctionnelles ou d'incapacité de travail sur le plan cardiaque.

15. Par écriture du 3 décembre 2012, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Sur le plan cardiaque, elle relève que même si le traitement prescrit a amélioré les troubles du rythme, l'hyper-dynamisme ventriculaire reste toujours présent et que le 6 novembre 2012, le Dr D\_\_\_\_\_ a fait état

d'une aggravation des symptômes et d'une accélération des troubles du rythme qui a nécessité une nouvelle évaluation. Elle en tire la conclusion que sa situation n'est donc pas totalement contrôlée sur le plan cardiaque et demande l'audition du Dr D\_\_\_\_\_ afin que ce dernier se détermine sur sa capacité de travail. Sur le plan psychique, la recourante relève la divergence entre le Dr G\_\_\_\_\_ et son psychiatre-traitant dont elle allègue qu'il a clairement expliqué en quoi sa pathologie se distingue nettement d'une dysthymie (caractère permanent de son état et incapacité à faire face aux exigences de la vie quotidienne). Elle répète qu'il faut tenir compte du fait que l'appréciation du Dr G\_\_\_\_\_ n'a été faite que sur la base d'un seul entretien. Enfin, elle relève que son dossier médical auprès de l'office cantonal de l'emploi (OCE) n'a pas été versé à la procédure et en demande l'apport. 16. Le 10 janvier 2013, l'intimé a persisté dans ses conclusions en se référant à l'avis du Dr H\_\_\_\_\_, du service médical régional (SMR). Ce médecin émet l'avis que l'aggravation évoquée par le cardiologue ne peut être que postérieure à la décision litigieuse. Sur le plan psychiatrique, il soutient que le caractère permanent et l'incapacité à exécuter les tâches ménagères ne sont en rien des critères discriminants pour évaluer la sévérité d'un trouble de l'humeur. 17. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 29 août 2013, au cours de laquelle a été entendu le Dr C\_\_\_\_\_. Le témoin a répété ne pas partager les conclusions de l'expert, expliquant qu'une dysthymie implique des périodes durant lesquelles le patient se sent bien, ce qui n'est pas le cas de l'assurée. Cette dernière est atteinte, selon son psychiatre traitant, d'un trouble hypocondriaque et d'un état dépressif récurrent de gravité moyenne. Elle est par ailleurs constamment préoccupée par l'idée de souffrir d'une maladie grave ; c'est une conviction intime, profondément ancrée en elle, sans doute en lien avec ses antécédents : sa sœur aînée est décédée au Kosovo et, pour des raisons administratives, on lui a donné son nom et sa date de naissance. Dans les faits, l'assurée est constamment hantée par des idées de mort et par le sentiment, quelque part, de ne pas avoir le droit de vivre. Selon le médecin, la compliance de sa patiente est bonne, ce qu'a d'ailleurs confirmé un récent dosage sérique. Le médecin a contesté avoir indiqué que sa patiente aurait refusé de se soumettre à un traitement. N'ayant pour sa part jamais constaté aucune amélioration dans sa présentation, son état ou au niveau de ses plaintes, le médecin s'est étonné que l'expert ait pu conclure pour sa part à une amélioration. Au contraire, l'état de l'assurée semble se péjorer : désormais, elle n'arrive plus à faire face aux tâches quotidiennes, lesquelles sont assumées par ses enfants. Le médecin a indiqué n'avoir pas réalisé d'examen spécifique s'agissant d'éventuels troubles de la mémoire et de la concentration, troubles que, de manière générale, on retrouve en cas d'état dépressif. Le témoin a expliqué avoir conclu à une incapacité de travail depuis 2007, parce que la patiente n'a plus travaillé depuis lors. Depuis qu'elle consulte, elle est incapable de travailler. 18. Entendu à son tour, le Dr F\_\_\_\_\_ a relaté avoir rencontré une première fois l'assurée en 2004, mais ne la suivre régulièrement que depuis la fin de l'année 2008. Tout comme son confrère, le témoin a indiqué ne pas partager les conclusions de l'expertise réalisée pour l'AI en ce sens qu'il n'a jamais constaté la moindre amélioration dans l'état de l'assurée, si ce n'est une légère lorsqu'elle a commencé le suivi auprès d'un psychiatre. Depuis, son état stagne. De façon générale, le témoin a dit craindre qu'un expert, qui ne voit un assuré que durant un laps de temps limité, ne puisse se faire une idée aussi exacte de la situation que le médecin traitant. Selon le témoin, la description donnée par l'expert correspond dans l'ensemble à la réalité mais en revanche, l'impact de l'état dépressif de l'assurée sur son quotidien a été minimisé. 19. Entendu à titre de renseignement, l'époux de la recourante, Monsieur

A\_\_\_\_\_ a expliqué devoir se lever très tôt en sa qualité de charcutier-traiteur (4h30) et dormir mal car son épouse a un sommeil agité. ![endif]>![if> Il a allégué devoir lui donner des consignes sur tout ce qu'elle doit faire et parfois même devoir rentrer lors de sa pause de 8h00 pour vérifier qu'elle a bien pris ses médicaments. Ce sont leurs trois enfants, qui ont entre 14 et 18 ans, et lui-même qui assument toutes les tâches ménagères. Afin d'éviter que les enfants ne se nourrissent que de pizzas, c'est lui qui prépare le repas du soir. Son épouse n'a plus de forces et passe la majeure partie de ses journées au lit. Ce n'est pas qu'elle ne veuille pas s'occuper de quoi que ce soit à la maison, c'est qu'elle ne peut pas. Auparavant, elle a toujours travaillé, mais son état s'est dégradé et est stationnaire depuis 2010. Depuis lors, elle n'a plus goût à rien. Il l'oblige parfois à sortir, mais elle s'assoit après 200 à 300 mètres. 20. L'intimé, par écriture du 19 septembre 2013 a persisté dans ses conclusions. ![endif]>![if> Il soutient en substance que les médecins-traitants se contentent de substituer leur propre appréciation à celle de l'expert alors même que le Dr F\_\_\_\_\_ a convenu que la description donnée par ce dernier correspondait à la réalité et que le Dr C\_\_\_\_\_ a admis que la description de la vie quotidienne faite par l'expert était conforme à la réalité. Selon l'intimé, les témoins se sont contentés de mettre en avant les plaintes subjectives de l'assurée, sans apporter aucun argument médical objectif. 21. Dans ses écritures après enquêtes du 20 septembre 2013, la recourante a persisté dans ses conclusions, alléguant une fois de plus que le diagnostic retenu par l'expert est en totale contradiction avec celui de ses médecins-traitants. ![endif]>![if> Elle reprend en substance les arguments déjà développés précédemment et s'étonne en outre que l'expert écarte le diagnostic de trouble hypochondriaque au motif qu'elle fait confiance à ses médecins alors même que ceux-ci ont témoigné qu'ils n'arrivaient pas à la convaincre qu'elle ne souffre pas d'une maladie grave. Par ailleurs, ses médecins sont unanimes à contester toute amélioration de son état. Enfin, elle relève que le Dr C\_\_\_\_\_ a contesté avoir indiqué à l'expert que sa patiente aurait refusé de se soumettre au traitement proposé. 22. Interpellé par la Cour de céans, le Dr D\_\_\_\_\_ a répondu en date du 11 avril 2014. ![endif]>![if> Il a convenu ne s'être jamais prononcé sur les limitations fonctionnelles ou la capacité de travail de sa patiente d'un point de vue cardiologique, expliquant que c'est parce que le problème cardiaque de l'assurée doit être « vu à la lumière de l'affection globale, en particulier les aspects psychique et rhumatologique », raison pour laquelle il a suggéré d'effectuer un bilan cardiologique et psychiatrique dans un centre d'expertise qui se prononcerait sur la totalité des affections de l'intéressée. Du point de vue strictement cardiologique, le médecin a conclu à : une tachycardie, une dyspnée d'effort, une fatigue et des douleurs précordiales empêchant l'assurée d'effectuer ses travaux quotidiens. Le Dr D\_\_\_\_\_ a précisé que si l'affection cardiologique était mineure par rapport aux autres, il fallait évaluer « l'affection pluridisciplinaire » de l'assurée. 23. Avisées par la Cour de céans de l'intention de cette dernière de mettre sur pied une expertise pluridisciplinaire, les parties se sont déterminées sur les questions à poser par écritures du 19 mai 2014. ![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1 er 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. ![endif]>![if> 3. Le recours,

déposé dans les formes et délai prévus par la loi est recevable à la forme (art. 56 et 60 LPGa). **4.** La question préalable à l'examen d'éventuelles prestations à résoudre est de savoir quelle est la capacité résiduelle de travail de la recourante eu égard aux atteintes à sa santé. **5.** Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGa; cf. ATF 125 V 193 consid. 2). Il 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; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; ATF non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). **Tel est le cas en l'espèce dans la mesure où le Dr D\_\_\_\_\_**, cardiologue, ne s'est jamais déterminé précisément sur les conséquences, en termes de capacité de travail, des atteintes de la recourante et où, de surcroît, il préconise une évaluation globale de la situation, prenant en compte tant les aspects somatiques (rhumatologique et cardiologique) que psychiques. Il convient donc d'ordonner une expertise pluridisciplinaire qui aura par ailleurs l'avantage de trancher les contradictions entre le Dr G\_\_\_\_\_ et le psychiatre traitant. **\*\*\* PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement 1. Ordonne une expertise pluri-disciplinaire, rhumatologique, cardiologique et psychiatrique. 2. Commet à ces fins la Policlinique médicale universitaire (PMU), plus particulièrement les Drs I\_\_\_\_\_ ; médecin interniste, J\_\_\_\_\_, psychiatre, K\_\_\_\_\_, rhumatologue et les cardiologues du centre d'expertises médicales! 3. Charge les experts d'examiner et d'entendre l'assuré, avec l'assistance d'un interprète albanais et de répondre aux questions suivantes, après s'être entourés de tous les éléments utiles et avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure et s'être entouré d'avis de tiers au besoin : 1. Anamnèse. 2. Données subjectives de la personne. 3. Etat actuel (objectif), constatations. 4. Plaintes de l'assuré. 5. Examen clinique. 6. S'agissant des troubles physiques : a. L'assurée souffre-t-elle de troubles somatiques ? Si oui, lesquels (diagnostics) et depuis quand ? b. Au point de vue cardiologique, confirmez-vous les diagnostics retenus par le Dr D\_\_\_\_\_ (lipothymie avec dyspnée, DRS, palpitations et accès de tachycardie supraventriculaire et sinusale ; cf. courriers des 6 novembre 2012 et 11 avril 2014). Ces diagnostics peuvent-ils être confirmés ? c. Les plaintes de l'assurée sont-elles objectivées ? d. Ces atteintes ont-elles des conséquences en termes de capacité de travail ? e. Quelles sont les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic? 7. S'agissant des troubles psychiques : a. L'assurée souffre-t-elle de troubles psychiques (diagnostics) ? En particulier, souffre-t-elle d'un trouble somatoforme douloureux ? b. Depuis quand ? c. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles relevés, le cas échéant (faible, moyen, grave) ? d. Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle selon le DSM IV ou la CIM-10 ? e. Quelles sont les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic? f. Les troubles psychiques constatés nécessiteraient-ils une prise en charge spécialisée ? g. L'assurée souffre-t-elle de troubles de la cognition, de la concentration et/ou de la mémoire ? Si oui, ceux-ci altèrent-ils sa capacité d'adaptation à une activité professionnelle ? Sa capacité de travail ? h. L'assurée est-elle ralentie au point d'altérer sa**

capacité de travail ou d'adaptation ? i. Quels sont les effets des troubles mis en évidence sur la capacité de l'assurée à gérer sa vie, son ménage et ses affaires personnelles, tant administratives que financières ? j. Le Dr C\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de trouble hypocondriaque et de trouble dépressif récurrent - épisode actuel moyen, précisant qu'en ce qui concerne les troubles hypocondriaques, la préoccupation de l'assurée porte sur une ou deux maladies psychiques, alors que, sur le plan somatique, ses craintes sont multiples. Partagez-vous cet avis ? Pourquoi ? k. Selon le Dr C\_\_\_\_\_, dans une simple dysthymie, on ne retrouve pas cette focalisation et préoccupation constante d'avoir une maladie grave ; par ailleurs, le patient vit également des périodes de bien-être, contrairement à ce qui est le cas en présence d'un trouble hypocondriaque (le mal-être est alors permanent ; cf. courrier du 5 septembre 2012). Partagez-vous cet avis ? Pourquoi ? l. Si un trouble de la lignée somatoforme ou trouble assimilé est constaté : aa. Peut-on raisonnablement exiger de l'assurée un effort de volonté pour surmonter ses douleurs et exploiter sa force de travail résiduelle ? bb. Existe-t-il une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité et sa durée ? cc. Y a-t-il un processus maladif ou des affections corporelles chroniques ? dd. Y a-t-il perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ? ee. Concluez-vous à un échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art ? ff. Existe-t-il un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique ? 8. Questions concernant tant le plan physique que psychique : !endif>!if> a. Depuis quand y a-t-il, cas échéant, incapacité médicalement justifiée et comment celle-ci a-t-elle évolué dans le temps ? aa. dans l'activité habituelle (exprimée en 100% ou en nombre d'heures par jour) bb. dans une activité adaptée (exprimée en 100% ou en nombre d'heures par jour) b. A l'heure actuelle, quelle est la capacité de travail exigible et y a-t-il diminution de rendement ? c. Quelles sont vos éventuelles propositions thérapeutiques ? Quelles seraient leurs influences sur la capacité de travail ? d. Un tel traitement est-il exigible, et pourquoi ? e. Les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent-elles d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable ? f. Le Dr D\_\_\_\_\_ soutient que le problème cardiologique de la patiente doit être examiné à la lumière de l'affection globale, notamment psychique et rhumatologique, dont il ne serait qu'une conséquence (cf. courrier du 11 avril 2014). Partagez-vous cet avis ? Pourquoi ? f. Comment vous positionnez-vous par rapport aux avis des divers médecins-traitants ? Pourquoi ? g. Avez-vous des remarques complémentaires éventuelles ? h. Formuler un pronostic global. i. Toute remarque utile et proposition. 4. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans.!endif>!if> 5. Fixe aux parties un délai de 10 jours dès réception de la présente pour une éventuelle récusation des experts nommés.!endif>!if> 6. Réserve le fond.!endif>!if> La greffière Marie-Catherine SECHAUD La Présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le