

GE_GERICHTE A/2878/2022 vom 18. Januar 2024

GE Cour de justice, 2024-01-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2878_2022

FR: GE_GERICHTE A/2878/2022 du 18 janvier 2024

IT: GE_GERICHTE A/2878/2022 del 18 gennaio 2024

Erwägungen

E. 7

!

E. 7.1

Est-ce que la personne expertisée présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel ? Quel code ?

E. 7.2

Est-ce que la personne expertisée présente des traits de la personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ?

E. 7.3

Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ?

E. 7.4

La personne expertisée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ? 8 . Ressources

E. 8

Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence). Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). 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. Caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1). L'influence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail est davantage déterminante que sa qualification en matière d'assurance-invalidité (ATF 142 V 106 consid. 4.4). Diagnostiquer une atteinte à la santé, soit identifier une maladie d'après ses symptômes, équivaut à l'appréciation d'une situation médicale déterminée qui, selon les médecins consultés, peut aboutir à des résultats différents en raison précisément de la marge d'appréciation inhérente à la science médicale (ATF 145 V 361 consid. 4.1.2 ; 9C_212/2020 du 4 septembre 2020 consid. 4.2 ; 9C_762/2019 du 16 juin 2020 consid. 5.2).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Le déroulement et l'issue d'un traitement médical sont en règle générale aussi d'importants indicateurs concernant le degré de gravité du trouble psychique évalué. Il en va de même du déroulement et de l'issue d'une mesure de réadaptation professionnelle. Ainsi, l'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art de même que l'échec d'une mesure de réadaptation - malgré une coopération optimale de l'assuré - sont en principe considérés comme des indices sérieux d'une atteinte invalidante à la santé. A l'inverse, le défaut de coopération optimale conduit plutôt à nier le caractère invalidant du trouble en question. Le résultat de l'appréciation dépend toutefois de l'ensemble des circonstances individuelles du cas d'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3 et la référence).

3. Comorbidités La présence de comorbidités ou troubles concomitants est un indicateur à prendre en considération en relation avec le degré de gravité fonctionnel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_650/2019 du 11 mai 2020 consid. 3.3 et la référence). On ne saurait toutefois inférer la réalisation concrète de l'indicateur "comorbidité" et, partant, un indice suggérant la gravité et le caractère invalidant de l'atteinte à la santé, de la seule existence de maladies psychiatriques et somatiques concomitantes. Encore faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assuré de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 et la référence). Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Une atteinte qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidante en tant que telle (cf. ATF 141 V 281 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 prise 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). Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Le « complexe personnalité » englobe, à côté des formes classiques du diagnostic de la

personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : auto-perception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation ; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Étant donné que l'évaluation de la personnalité est davantage dépendante de la perception du médecin examinateur que l'analyse d'autres indicateurs, les exigences de motivation sont plus élevées (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Le Tribunal fédéral a estimé qu'un assuré présentait des ressources personnelles et adaptatives suffisantes, au vu notamment de la description positive qu'il avait donnée de sa personnalité, sans diminution de l'estime ou de la confiance en soi et sans peur de l'avenir (arrêt du Tribunal fédéral 8C_584/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2).

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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3). Lors de l'examen des ressources que peut procurer le contexte social et familial pour surmonter l'atteinte à la santé ou ses effets, il y a lieu de tenir compte notamment de l'existence d'une structure quotidienne et d'un cercle de proches []. Le contexte familial est susceptible de fournir des ressources à la personne assurée pour surmonter son atteinte à la santé ou les effets de cette dernière sur sa capacité de travail, nonobstant le fait que son attitude peut rendre plus difficile les relations interfamiliales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 6.2.5.3). Toutefois, des ressources préservées ne sauraient être inférées de relations maintenues avec certains membres de la famille dont la personne assurée est dépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2020 du 22 octobre 2020 consid. 5.2) II. Catégorie « cohérence » Il convient ensuite d'examiner si les conséquences qui sont tirées de l'analyse des indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » résistent à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 4.4). A ce titre, il convient notamment d'examiner si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans la vie professionnelle et dans la vie privée, de comparer les niveaux d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé ou d'analyser la mesure dans laquelle les traitements et les mesures de réadaptation sont mis à profit ou négligés. Dans ce contexte, un comportement incohérent est un indice que les limitations évoquées seraient dues à d'autres raisons qu'une atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.3).

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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation L'interruption de toute thérapie

médicalement indiquée sur le plan psychique et le refus de participer à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel sont des indices importants que l'assuré ne présente pas une évolution consolidée de la douleur et que les limitations invoquées sont dues à d'autres motifs qu'à son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_569/2017 du 18 juillet 2018 consid. 5.5.2). 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 assécurologique 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 qu'à l'atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2).

E. 8.1

Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur le plan somatique ?

E. 8.2

Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur les plans : a) psychique b) mental c) social et familial. En particulier, la personne expertisée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ? 9 . Capacité de travail

E. 9

!

E. 9.1

Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.

E. 9.2

La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?

E. 9.2.1

Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

E. 9.2.2

Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite/ nulle ?

E. 9.3

La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?

E. 9.3.1

Si non, ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

E. 9.3.2

Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ?

E. 9.3.3

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

E. 9.4

Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis 2019 ?

E. 9.4.1

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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 9.4.2

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 9.4.3

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. À 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 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).!

E. 9.5

Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?

E. 9.6

Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ? 10 .
Traitement

E. 10

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socio-culturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).!

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 135 V 39 consid. 6.1 ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

E. 10.1

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

E. 10.2

Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou

pas de demande de soins ?

E. 10.3

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

E. 10.4

En cas de refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie, cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la personne expertisée à reconnaître sa maladie ou ce refus s'inscrit-il dans les conséquences de dite maladie ? Cas échéant, merci de développer votre réponse.

E. 10.5

Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée. 11 . Appréciation d'avis médicaux du dossier

E. 11

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 quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, 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. 11.1

Êtes-vous d'accord avec les conclusions de la Dre G_____ et l'évaluation consensuelle figurant dans l'expertise du M_____ du 29 octobre 2021 ? En particulier concernant les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles et l'estimation de la capacité de travail et de rendement ? Si non, pourquoi ?

E. 11.2

Êtes-vous d'accord avec les avis du Dr C_____, notamment des

E. 12

!

E. 12.1

En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur l'expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) établie par le M_____ le 29 octobre 2021 pour rendre la décision querellée

refusant l'octroi d'une rente d'invalidité à la recourante. Il a conclu que l'intéressée pouvait exercer son activité habituelle de secrétariat à 100% depuis 2012 moyennant une baisse de rendement de 20%.
La recourante conteste la valeur probante du rapport d'expertise et conséquemment les conclusions qui en sont tirées par l'intimé quant à sa capacité de travail.

E. 12.2

L'expertise comporte une appréciation médicale par chacun des experts, fondée sur une anamnèse détaillée, sur le dossier médical (dont les différents éléments sont listés), ainsi que sur un examen médical de l'intéressé. Les plaintes de l'intéressé y figurent également. Chaque expert clôt en outre la partie relative à sa spécialité par des conclusions qu'il motive. Enfin, le rapport comporte une partie intitulée « évaluation consensuelle », faisant la synthèse des appréciations des différents médecins.

E. 12.3

La chambre de céans relève cependant qu'au-delà de ces aspects formels, l'expertise comporte plusieurs lacunes de fond qui la rendent peu convaincante.

E. 12.4

E. 12.4.1

Ainsi, sur le plan rhumatologique tout d'abord, l'expert retient les diagnostics incapacitants de cervicalgie sans irradiation neurologique objective sur discopathie et de lombalgie sans irradiation neurologique objective sur discopathie. Il retient également un diagnostic de fibromyalgie qu'il estime cependant non incapacitante « étant donné les ressources de l'expertisée et l'absence de comorbidité ».

E. 12.4.2

Les ressources de la recourante semblent pourtant largement surévaluées. L'expert fait état d'un quotidien autonome et d'une insertion sociale pratiquement normales, alors qu'il ressort directement de l'expertise que l'intéressée est très isolée socialement, vit seule et n'a de contacts : qu'avec ses enfants qu'elle voit environ une fois par mois et qu'elle appelle plus régulièrement, avec sa famille en Egypte à qui elle écrit sur whatsapp, ainsi qu'avec une amie qu'elle voit rarement (du fait qu'elle n'aime pas sortir), mais avec qui elle a des contacts réguliers (p.8). En outre, elle ne voyage plus depuis son retour en Suisse en 2018 et ne semble pas avoir de loisirs ni d'occupations (p.17), à part faire quelques promenades, s'asseoir sur un banc devant chez elle dans la nature ou s'allonger sur le canapé et regarder la télévision (p.9). Elle ne fait pas de sport, peine à tenir un livre à cause de ses douleurs et se souvient s'être baignée à une reprise en piscine chaude et l'avoir apprécié (p. 17), sans avoir pour autant renouvelé l'expérience. L'eau de la douche lui fait du bien (p.9). Elle sort de moins en moins, car elle n'aime pas le bruit et préfère le calme (p.9).

Concernant son quotidien et sa journée type, la recourante ne mange que le soir et ne se prépare donc qu'un repas par jour. Elle semble passer l'essentiel de son temps allongée sur le canapé à regarder la télévision et sort de moins en moins car elle n'aime pas le bruit (p.9). Quant aux diverses tâches ménagères, elle explique ne pouvoir faire qu'une tâche par jour, à son rythme (p.8) et ce malgré que l'appartement soit petit (2,5 pièces) et, partant, facile à nettoyer. Elle transporte ses courses et son linge (jusqu'à la buanderie) à l'aide d'un chariot qu'elle met dans l'ascenseur (p.8). En outre, la recourante qui n'a plus jamais travaillé

depuis l'opération de 2012 a indiqué explicitement lors de l'examen rhumatologique qu'elle avait depuis lors une douleur lombaire avec une irradiation dans le membre inférieur gauche jusqu'au pied ainsi qu'une douleur thoracique antérieure toujours à gauche, avec une sensation de diminution de la force dans le membre supérieur gauche l'empêchant de marcher, piétiner ou s'asseoir plus de quinze minutes (p.7). Ces affirmations sont largement concordantes avec celles réalisées auprès de l'experte psychiatre à qui elle a expliqué que depuis 2012, elle ne peut plus rester debout plus de dix minutes et que si elle reste assise elle a le dos qui se bloque et cela lui donne de la migraine (p. 16). Ces éléments ne permettent pas de comprendre que l'expert rhumatologue retienne qu'après l'opération de 2012, la récupération de l'intéressée a été a priori bonne et l'expertisée a pu à nouveau fonctionner normalement (p.7). Cette conclusion n'est d'ailleurs pas motivée. Globalement, les plaintes de la recourante ne sont pratiquement pas prises en comptes, les obstacles auxquelles elle est confrontée sont minimisées et ses ressources sont surévaluées. Ces éléments rendent peu convaincantes les conclusions de l'expert, notamment quant au caractère incapacitant de la fibromyalgie et de manière plus générale quant à l'évaluation de la capacité de travail.

E. 12.4.3

Enfin et surtout, l'absence de comorbidité (p.12) retenue par l'expert rhumatologue pour écarter le caractère incapacitant de la fibromyalgie n'est pas convaincante au vu des différentes atteintes constatées par les experts eux-mêmes. Elle l'est d'autant moins qu'elle ne fait, à nouveau, l'objet d'aucune motivation. Les interactions entre les différents troubles concomitants psychiques ou physiques ne sont pas du tout examinées, pas plus que la mesure dans laquelle ils privent l'intéressée de certaines ressources. La partie consensuelle de l'expertise ne remédie pas à cette carence (cf. ci-après :12.6), manifestement incompatible avec les critères jurisprudentiels posés par l'ATF 141 V 281 .!

E. 12.4.4

Au vu de ces lacunes importantes, l'appréciation des conséquences fonctionnelles des différentes atteintes par l'expert rhumatologue n'est pas probante.!

E. 12.5

!

E. 12.5.1

Au niveau psychiatrique, les explications de l'experte psychiatre apparaissent pour le moins confuses. Elle écarte ainsi notamment le diagnostic de dépression anxieuse récurrente posé par le psychiatre traitant, faute d'avoir constaté lors de l'examen un ralentissement psychomoteur ou un trouble de l'attention, de la concentration ou de la mémoire (p.20). Cette analyse est surprenante dans la mesure où l'examen et les dires de l'expertisée elle-même (que la Dre G_____ évalue crédibles et plausibles, p. 20), concernant notamment le déroulement de ses journées laissent apparaître des symptômes tels que : ralentissements, asthénie, perte de l'élan vital, douleurs chroniques et perte d'appétit. L'experte reconnaît en outre que la recourante est diminuée par un « état anxieux permanent » (p. 20). Les rapports circonstanciés du Dr C_____ font également état de symptômes tels que la tristesse, le pessimisme, l'absence de moments de plaisir, un état d'épuisement, une fragilité psychologique généralisée, une concentration limitée, une tendance à s'isoler et des facultés mnésiques sujettes à perturbation, notamment en contexte émotionnel. Sans vouloir s'ériger en expert, la chambre de céans relève que ces éléments

semblent tous concourir à la reconnaissance d'un diagnostic de dépression anxieuse persistante (F34.1), de sorte qu'il n'est pas convaincant que celui-ci soit écarté sans que cette décision ne soit argumentée. Au-delà de leur impact sur la qualification diagnostique, la non prise en compte de la plupart des symptômes précités et des diverses déclarations et plaintes de l'assurée est également insatisfaisante au niveau de l'évaluation des capacités, ressources et difficultés de l'expertisée. La Dre G_____ retient ainsi que l'assurée n'a pas de problèmes : à entretenir des relations avec des proches ou des relations superficielles avec autrui, de fatigabilité, d'organiser des activités spontanées, de se déplacer (p. 20). Au final, seules les capacités d'adaptation seraient légèrement diminuées par l'état anxieux permanent. À nouveau, les obstacles auxquels la recourante se dit confrontée (et qui sont confirmés par son psychiatre traitant) sont minimisés, ce sans explication alors que l'intéressée est considérée comme crédible et cohérente et qu'il n'y a pas de signes d'exagération.

E. 12.5.2

Quant au syndrome somatoforme douloureux permanent, il n'aurait aucune incidence sur les ressources, les limitations fonctionnelles ou la capacité de travail de la recourante. L'experte reconnaît pourtant que la recourante « présente des douleurs intenses et persistantes s'accompagnant d'un sentiment de détresse non expliqué entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux » (p. 19). Les conséquences et effets fonctionnels de cette atteinte ne sont pourtant pas examinés au motif que « le poids des souffrances est considéré comme faible puisque l'assurée refuse le traitement » (p. 19). À cet égard, il n'est aucunement tenu compte du rapport du 8 octobre 2020 du psychiatre traitant où il est relevé qu'une stratégie médicamenteuse avait été mise en place (Cymbalta, Xanax, Dormicum), générant de nouveaux symptômes et une intolérance aux médicaments sans que cela n'améliore nettement la situation. Ces traitements avaient en outre mis en place une association d'idée avec la souffrance de sa mère, élément que la recourante semble avoir également indiqué lors de l'expertise, la Dre G_____ relevant que l'intéressée « pense que ce sont les médicaments pris contre la dépression qui ont causé chez sa mère la maladie d'Alzheimer et aussi une fracture de la hanche » (p.16) et qu'elle « exprime au sujet des médicaments la croyance qu'ils lui ont fait plus de mal que de bien et qu'ils ont précipité sa mère dans la démence » (p.20). Il n'est guère satisfaisant que cette thématique récurrente ne soit pas analysée par l'experte qui se contente d'estimer que le syndrome somatoforme douloureux persistant n'affecte pas le fonctionnement ni les ressources de l'expertisée, sans quoi elle accepterait un traitement médicamenteux.

Le cumul de ces éléments ne permet pas de considérer le volet psychiatrique de l'expertise comme probant, ce d'autant moins que si l'analyse des indicateurs jurisprudentiels figure bien formellement à l'expertise, elle est des plus sommaire et fait également fi tant du dossier médical de la recourante que de ses déclarations faites lors de l'expertise.

E. 12.6

Enfin, « l'évaluation consensuelle » n'en est pas réellement une, puisque chaque spécialiste se contente d'y récapituler son anamnèse et son évaluation, avant d'énumérer tous les diagnostics retenus et les limitations fonctionnelles, également reprises directement des deux volets de l'expertise. En particulier, les médecins n'ont pas discuté des interférences entre les différents troubles qu'ils retiennent lors de l'évaluation « interdisciplinaire de la

capacité de travail. Il en va globalement ainsi de la grille d'évaluation des indicateurs développés par la jurisprudence qui est non seulement très sommaire et guère motivée, mais ne reflète pas non plus une discussion commune entre les experts. L'indicateur de comorbidité n'est par ailleurs absolument pas abordé, ce quand bien même il semble revêtir une importance particulière au vu des différentes atteintes retenues dans le cadre de chacun des volets de l'expertise. L'évaluation consensuelle comporte enfin des erreurs factuelles, notamment lorsqu'elle retient, dans la partie relative au contrôle de la cohérence (p.5), que les plaintes de l'expertisée relatives à ses douleurs s'expliqueraient par le fait qu'elle ne prendrait pas d'antalgiques, ce qui est pourtant démenti par le volet rhumatologique de l'expertise qui précise qu'elle prend entre un et trois Dafalgan par jour (p.7 et p. 9).

E. 13

Au vu de ces éléments, la chambre de céans considère que l'expertise du Cedemex ne revêt pas une valeur probante suffisante permettant notamment de déterminer, à satisfaction de droit, les diagnostics qu'il convient de retenir sur le plan rhumatologique et psychiatrique, le caractère incapacitant des atteintes retenues, l'étendue d'une éventuelle capacité résiduelle de travail et de rendement dans l'activité habituelle de secrétaire, cas échéant dans une autre activité, adaptée, tenant compte de limitations fonctionnelles claires. Les rapports des médecins attestant d'atteintes à la santé ne suffisent pas non plus à trancher la cause, eu égard à leur faible densité de motivation. Il manque également les éléments permettant de juger des interactions entre les différentes atteintes retenues (comorbidités).

E. 14

Par conséquent, les pièces du dossier ne permettent pas de retenir des diagnostics clairs, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, ni de se déterminer sur la capacité de travail de la recourante à l'aune des indicateurs développés par la jurisprudence applicable notamment en matière de trouble somatoforme douloureux, de fibromyalgie et de troubles psychiques.

E. 15

Partant, il est indispensable de compléter l'instruction médicale en ordonnant une expertise judiciaire pluridisciplinaire, comportant des volets en rhumatologie et psychiatrie, laquelle est confiée aux docteurs L_____ et K_____. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement I. Ordonne une expertise de Madame A_____. Commet à ces fins la docteure K_____ et le docteur L_____. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : A. Prendre connaissance du dossier de la cause. B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, en particulier le Dr C_____, le Dr J_____, le Dr E_____. C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens. D. Charge le Dr L_____ d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants : 1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type) 2. Plaintes de la personne expertisée 3. Status et constatations objectives 4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu) Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse) 4.1. Avec répercussion sur la capacité de travail 4.1.1 Dates

d'apparition!

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail !

4.2.1 Dates d'apparition!

4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

4.4 Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

4.5 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis 2019 ?

4.6 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).

4.7 Y a-t-il une discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins médicaux, des plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact ?

4.8 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

4.9 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

4.10 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

5. Limitations fonctionnelles !

5.1 Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic !

5.1.1 Dates d'apparition

5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Capacité de travail !

6.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.

6.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?

6.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

6.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite / nulle ?

6.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?

6.3.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

6.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ?

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

6.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis 2019 ?

6.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?

6.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

7. Traitement !

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

7.2 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?

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

7.4 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

8. Appréciation d'avis médicaux du dossier !

8.1 Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr H_____ et l'évaluation consensuelle figurant dans l'expertise du M_____ du 29 octobre 2021 ? En particulier concernant les

diagnostics posés, les limitations fonctionnelles et l'estimation de la capacité de travail ? Si non, pourquoi ?!

8.2 Êtes-vous d'accord avec les avis du Dr E_____, notamment des 24 octobre 2019 et 1^{er} août 2020 ? En particulier concernant les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles et l'estimation de la capacité de travail ? Si non, pourquoi ?!

8.3 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr I_____, du 6 avril 2022, en particulier concernant les diagnostics posés ? Si non, pourquoi ?!

8.4 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr J_____, du 6 avril 2022 ? Si non, pourquoi ?!

9. Quel est le pronostic ?!

10. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?!

11. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles !

E. Invite l'expert à faire une appréciation consensuelle du cas avec la Dre K_____ s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.!

F. Invite l'expert à déposer, dans les meilleurs délais, un rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.!

G. Charge la Dre K_____ d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type) !
2. Plaintes de la personne expertisée !
3. Status et constatations objectives !
4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu) !
- Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogenèse)
 - 4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail
 - 4.1.1 Dates d'apparition!
 - 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail !
 - 4.2.1 Dates d'apparition
 - 4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
 - 4.4 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis 2019 ?
 - 4.5 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).!
 - 4.6 Y a-t-il une discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins médicaux, des plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact ?!
 - 4.7 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?!
5. Limitations fonctionnelles
 - 5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic
 - 5.1.1 Dates d'apparition
 - 5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?
 6. Cohérence
 - 6.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?
 - 6.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?
 - 6.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de la personne expertisée ? En d'autres termes, les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel, personnel) ?
 - 6.4 Quels sont les niveaux d'activité sociale et d'activités de la vie quotidienne (dont les tâches ménagères) et comment ont-ils évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?
 - 6.5 Dans l'ensemble, le comportement de la personne expertisée vous semble-t-il cohérent et pourquoi ?
 7. Personnalité

juillet 2019, 2 juin et 8 octobre 2020 ? En particulier concernant les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles et l'estimation de la capacité de travail ? Si non, pourquoi ? 12 . Quel est le pronostic ? 13 . Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? 14 . Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. H. Invite l'expert à faire une appréciation consensuelle du cas avec le Dr L_____ s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.![endif]>![if> I. Invite l'expert à déposer, dans les meilleurs délais , un rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.![endif]>![if> II. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond. La greffière Adriana MALANGA La présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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