

GE_GERICHTE A/447/2023 vom 21. August 2023

GE Cour de justice, 2023-08-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_447_2023

FR: GE_GERICHTE A/447/2023 du 21 août 2023

IT: GE_GERICHTE A/447/2023 del 21 agosto 2023

Erwägungen

E. 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 (inévitabile) 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). 10. 10.1 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 (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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). 10.2 Selon l'art. 54 a LAI, les services médicaux régionaux (ci-après : SMR) établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels (al. 3). Lors de la détermination des capacités fonctionnelles, la capacité de travail attestée médicalement pour l'activité exercée jusque-là et pour les activités adaptées est évaluée et justifiée en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales et psychiques (art. 49 al. 1 bis RAI). Les limitations dues à l'atteinte à la santé au sens étroit, à savoir les restrictions à l'exercice d'une activité lucrative au sens de l'art. 8 LPGA de nature quantitative et qualitative, dues à l'invalidité et médicalement établies, doivent systématiquement être prises en compte pour l'appréciation de la capacité fonctionnelle. Il s'agit là de l'estimation du temps de présence médicalement justifié d'une part (capacités fonctionnelles quantitatives, par ex. en nombre d'heures par jour) et des capacités fonctionnelles qualitatives durant ce temps de présence d'autre part (limitation de la charge de travail, limitations qualitatives, travail plus lent par rapport à une personne en bonne santé, etc.). En règle générale, ces deux composantes sont ensuite combinées pour obtenir une appréciation globale en pourcentage de la capacité de travail, autrement dit des capacités fonctionnelles. Ainsi, par exemple, une productivité réduite pendant le temps de présence exigible ou un besoin de pauses plus fréquentes doivent être systématiquement déduits lors de l'indication de la capacité fonctionnelle résiduelle. Cela permet également de tenir compte de la jurisprudence du Tribunal fédéral, selon laquelle la capacité de travail attestée par un médecin donne des indications sur l'effort pouvant être effectivement exigé, mais pas sur la présence éventuelle sur le lieu de travail. Dans certaines circonstances, il peut être nécessaire de demander des renseignements auprès du médecin traitant afin que le SMR puisse établir une évaluation globale et compréhensible de la capacité fonctionnelle résiduelle, qui tienne compte de tous les facteurs médicaux influents [OFAS, Dispositions d'exécution relatives à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (Développement continu de l'AI), rapport explicatif (après la procédure de consultation) du

3 novembre 2021 (ci-après : rapport explicatif, ad art. 49 al. 1 bis , p. 60]. 10.3 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).>[if> 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. 10.3.1 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).>[if> 10.3.2 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).>[if> 10.3.3 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). 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).>[if> 10.3.4 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).

11. 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).

12. 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).

13. 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).!

14. En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur l'expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) établie par le N_____ le 30 août 2022 et sur le rapport du SMR du 5 septembre 2022 pour rendre la décision querellée refusant l'octroi d'une rente d'invalidité à la recourante. Il a conclu que la recourante ne pouvait plus exercer son activité habituelle de cuisinière depuis le 1^{er} janvier 2015 et que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 1^{er} janvier 2016.!

14.2 La recourante ne conteste pas les conclusions de l'intimé sur le plan somatique. Elle conteste en revanche l'évaluation de sa capacité de travail sur le plan psychiatrique et se réfère en particulier au rapport du 31 mars 2023 de la Dre C_____, sa psychiatre traitante. Il sied de relever que ce rapport, bien que postérieur à la décision litigieuse, doit être pris en considération dès lors qu'il est étroitement lié à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation des faits au moment où la décision attaquée a été rendue.!

14.3 La chambre de céans observe que le volet psychiatrique du rapport d'expertise du 30 août 2022 émane d'un spécialiste en psychiatrie et a été rendu à l'issue de l'examen de la recourante d'une durée de 1h45. Toutefois, même si l'expert a certes procédé à un résumé des pièces du dossier et qu'il a discuté brièvement les diagnostics retenus par la psychiatre traitante, il appert que ce rapport est critiquable à de nombreux égards, tant au niveau du diagnostic que de l'appréciation de la capacité de travail.!

14.3.1 En premier lieu, l'expert a écarté le diagnostic de trouble dépressif récurrent (F 33.2) retenu par la psychiatre traitante au seul motif que « l'ICD – 10 nous rappelle que cette typologie diagnostique proche des troubles bipolaires débute durant la 5^{ème} décennie » alors que la recourante était âgée de 41 ans.!

Or, l'âge de survenance de cette pathologie psychique ne ressort pas de la définition du trouble dépressif récurrent prévu par la CIM-10 (cf. de la CIM-10-GM, Classification internationale des maladies – 10^{ème} révision – German Modification, version 2021 ; disponible sur <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/15284911>, p. 191, consulté en dernier lieu le 24 juillet 2022), de sorte que l'analyse du Dr P_____ sur ce point n'apparaît pas probante. Au surplus, la chambre de céans relève que la sévérité de l'atteinte psychique (diagnostic de trouble dépressif récurrent sévère) ressort tant des rapports de la Dre C_____ établis au mois de mars 2022 et le 31 mars 2023, que du rapport rédigé le 29 mars 2022 par les docteurs L_____ et M_____, médecins auprès de la Clinique K_____ où la recourante a séjourné du 6 au 23 septembre 2021. Or, l'expert psychiatre ne tient pas suffisamment compte de l'hospitalisation susmentionnée, se contentant de mentionner que la recourante n'a jamais été hospitalisée en milieux psychiatriques purs (cf. rapport d'expertise du N_____ du

E. 31

août 2022, p. 61). 14.3.2 En ce qui concerne le diagnostic de trouble spécifique de la personnalité (F 60.3 CIM-10), également retenu par la Dre C_____, l'expert s'en est écarté

car « l'assurée [a rapporté] un milieu d'origine au sein duquel le développement et la scolarité se sont déroulés sans accroc », alors que, selon l'ICD-10, les sujets qui en sont touchés présentent des troubles qui débutent dans l'enfance et l'adolescence et perdurent le long de l'existence (cf. rapport d'expertise du N_____ du 31 août 2022, p. 56).

Une telle conclusion est en contradiction avec la mention, dans ce même rapport d'expertise, des traumatismes subis par la recourante pendant son enfance (agression sexuelle à l'âge de 6 ans) et son adolescence (agression en groupe et viol subis lorsqu'elle avait 19 ans) et de l'isolement qui s'en est suivi, soit une année pendant laquelle la recourante a indiqué avoir interrompu toute activité et ne pas être sortie de chez elle (cf. rapport d'expertise du N_____ du 31 août 2022, pp. 53-54).

14.3.3 S'agissant des idées suicidaires exprimées par la recourante, cette dernière a indiqué, lors de l'examen d'expertise psychiatrique, que « parfois, j'ai comme des sensations d'envie de me jeter à travers la fenêtre » (cf. enregistrement de l'entretien d'expertise psychiatrique du 21 juillet 2022). Cette scénarisation ressort également du rapport de la Dre C_____ du 31 mars 2023 (« la patiente a des idées noires suicidaires (se jeter du balcon), mais selon ses dires elle ne passera pas à l'acte car elle est croyante. Toutefois, si elle est submergée par le stress, l'angoisse et la peur, elle pourra le faire, raison pour laquelle je la vois deux fois par semaine [...] »). Il apparaît toutefois que cette scénarisation évoquée par la recourante n'a aucunement été investiguée plus avant par l'expert psychiatre qui s'est limité à indiquer que les idées suicidaires de la recourante étaient « ponctuelles, non scénarisées, chez une assurée qui a effectué trois surcharges médicamenteuses » (cf. expertise du SEM du 30 août 2022, p. 50).

14.3.4 Concernant le traitement prodigué et le suivi effectué à une fréquence élevée (bihebdomadaire) par la psychiatre traitante, l'expert soutient que celui-ci peut aisément être remis en cause « chez une assurée qui demeure fixée au sein d'une posture d'invalidé » (cf. rapport d'expertise du SEM du 30 août 2022, p. 23), sans toutefois expliquer en quoi la recourante serait fixée dans une telle posture.

14.3.5 Quant à l'examen des ressources, il appert que les conclusions de l'expert psychiatre ne sont pas motivées ou le sont de manière incomplète.

À titre d'exemple, cet expert a indiqué que « la capacité d'endurance de cette assurée qui apparaît sthénique n'est pas amoindrie au motif psychiatrique. Madame est capable de persévérer suffisamment longtemps et pendant le temps habituellement exigé dans une activité professionnelle ou autre en maintenant un niveau de rendement continu [...] » (cf. rapport d'expertise du SEM du 30 août 2022, p. 62). Il ressort toutefois de l'enregistrement de l'entretien d'expertise conduit par le Dr P_____ que la recourante rapporte être toujours fatiguée, qu'elle fait le ménage avec difficulté, qu'elle fait du rangement et la vaisselle parce qu'elle est obligée de le faire, mais qu'elle est alors exténuée et qu'elle a besoin d'une demi-journée pour récupérer. Concernant les courses, elle indique qu'elle les fait parfois, mais que la plupart du temps, elle donne de l'argent à ses enfants et ce sont eux qui s'en chargent (cf. enregistrement de l'entretien psychiatrique du 21 juillet 2022). L'expert indique en outre dans son rapport que le réseau relationnel « est essentiellement constitué du voisinage avec lequel l'assurée nourrit des relations simples » (cf. rapport d'expertise du N_____ du 30 août 2022, p. 54), alors qu'il ressort de l'enregistrement que la recourante se limite à saluer certains voisins lorsqu'elle les croise dans le quartier (cf. enregistrement de l'expertise psychiatrique du Dr P_____ du 21 juillet 2022). L'expert a par ailleurs relevé dans son rapport que l'intéressée vit uniquement avec sa fille et que son fils vit avec son ex-époux et ne la visite que lors des vacances (cf. rapport d'expertise du N_____ du 31 août 2022, p. 54). Une telle absence de réseau social a par ailleurs été observée par la Dre C_____, cette

spécialiste ayant rapporté que la recourante n'avait pas de réseau social, ni d'aptitude à la communication, qu'elle avait peur des autres, qu'elle souffrait de solitude, qu'elle n'avait pas d'amies, qu'elle se repliait sur elle-même et qu'elle se trouvait en retrait social (cf. rapports de la Dre C_____ de mars 2022 et du 31 mars 2023, p. 2). La recourante a par ailleurs exprimé un sentiment de peur à plusieurs reprises lors de l'entretien d'expertise psychiatrique qui n'a pas non plus été pris en considération par l'expert. Ainsi, la recourante a dit « j'ai peur de tout », « pour être tranquille, j'essaie d'éviter les gens. Les gens m'ont fait du mal, c'est pour ça que j'essaie de les éviter ». Par ailleurs, à la question de l'expert « êtes-vous quelqu'un qui accepte les invitations ? », la recourante a répondu « non, je n'ai aucune confiance en autrui et je ne sors pas ». Lorsque l'expert lui demande de quoi elle a peur, la recourante répond « j'ai peur de la violence, que quelqu'un me violente, que quelqu'un me touche, que quelqu'un me tape. Si j'entends un hurlement, ça me fait peur. Si quelqu'un me parle très fortement, après cela, à cause du choc, je n'arrive pas à faire pipi pendant 2 à 3 jours. J'ai toujours peur que quelqu'un m'attaque ». En outre, à la question « qu'est-ce que vous évitez ? », la recourante a indiqué « j'ai peur lorsqu'il y a beaucoup de gens, de la foule. J'ai peur que cette foule vienne vers moi. J'ai été victime de viol. Il y a cinq personnes qui m'ont prise et j'ai été violée. Suite à ça, ils m'ont tabassée. J'ai eu des fractures et j'ai été soignée pendant une année » (cf. enregistrement de l'entretien d'expertise psychiatrique du 21 juillet 2022). La chambre de céans constate que les propos ainsi tenu par la recourante sont en contradiction totale avec les conclusions de l'expert selon lesquelles elle serait capable d'évoluer au sein d'un groupe, d'en intégrer un, d'en discerner les règles et de s'y adapter (cf. rapport d'expertise du N_____ du 31 août 2022, p. 66). La description des ressources telle que retenue par le Dr P_____ ne paraît ainsi aucunement probante. 14.4 Par ailleurs, s'agissant des rapports de la Dre C_____, ils ne comprennent pas d'analyse suivant les principes jurisprudentiels applicables. La chambre de céans retiendra donc que les rapports de la Dre C_____ ne permettent pas de trancher le litige.!

15. Au vu de ce qui précède, en particulier des avis totalement divergents de l'expert P_____ et de la Dre C_____, il n'est en l'état pas possible de retenir de diagnostics fiables, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, ni de se déterminer sur la capacité de travail de la recourante en application de la jurisprudence en matière de troubles psychiatriques.!

Il se justifie donc d'instruire médicalement le cas en ordonnant une expertise judiciaire psychiatrique qui sera confiée au Dr Q_____. Enfin, la question proposée par l'intimée sera ajoutée à la mission d'expertise (point 10.2).

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement I. Ordonne une expertise psychiatrique de Madame A_____.

Commet à ces fins le docteur Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, c/o R_____, 14, ruelle_____, à S_____.

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 thérapeutes ayant traité la personne expertisée, en particulier la Dre C_____, le Dr J_____, le Dr L_____ et le Dr M_____.

C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens. D. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

- Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type) !
- Plaintes de la personne expertisée !
- Status et constatations objectives !
- Diagnosics (selon un système de classification reconnu) !

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogenèse)

- Avec répercussion sur la capacité de travail
- 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 septembre 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 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) ?

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

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 ?

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

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 ?

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

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

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

9.1 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué du point de vue psychiatrique depuis septembre 2019 (date de la dernière décision de l'OAI) ?

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

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

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

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

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

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

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

9.4 Comment la capacité de

travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis septembre 2019 ? 9.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ? 9.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ? 10 . Traitement 10.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation. 10.2 Effectuer un dosage sanguin des psychotropes, afin d'évaluer la compliance. 10.3 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 ? 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 ? 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 11.1 Êtes-vous d'accord avec l'expertise du Dr P_____ du 30 août 2022 ? En particulier avec le diagnostic psychiatrique d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique et l'estimation d'une capacité de travail entière de la personne expertisée ? Si non, pourquoi ? 11.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis de la Dre C_____ du 31 mars 2022 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une incapacité de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ? 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. II. Invite l'expert à déposer, dans les meilleurs délais , un rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.![endif]>![if> III. 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 de la présente ordonnance 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.