

## **GE\_GERICHTE A/4934/2017 vom 30. Juli 2019**

GE Cour de justice, 2019-07-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4934\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4934_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/4934/2017 du 30 juillet 2019

IT: GE\_GERICHTE A/4934/2017 del 30 luglio 2019

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). Dans l'ATF 143 V 418, le Tribunal fédéral a examiné dans quelle mesure des troubles psychiques en tant que comorbidités d'un TSD, doivent être pris en considération pour examiner le caractère invalidant du TSD. Il a précisé que même si ces troubles psychiques, pris séparément, ne sont pas invalidants en application de la nouvelle jurisprudence publiée aux ATF 141 V 281, ils sont pertinents dans l'appréciation globale de la capacité de travail d'une personne atteinte d'un TSD. En effet, cette appréciation doit tenir 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. B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2). C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid.

4.3.3). II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4). A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine). 10. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 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; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 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. Les principes jurisprudentiels développés en matière

de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères pertinents - lui permettent de surmonter ses douleurs. Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en oeuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leur les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.648/03 du 18 septembre 2004 consid. 5.1.3 et 5.1.4). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). 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; ATF 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). 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 oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en oeuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, 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). 12. Les expertises mises en oeuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent cependant pas d'emblée toute valeur probante. Il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en oeuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_797/2017 du 22 mars 2018 consid. 4.2). Lorsqu'une expertise ne permet pas une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants développés par la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux et d'autres syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, un renvoi à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision est possible (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_219/2015 du 12 octobre 2015 consid. 5.4). 13. En l'espèce, dans sa décision du 13 novembre 2017, l'intimé, se rangeant à l'avis des Drs O\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_, a considéré qu'à compter du début de l'année 2015, l'assurée avait recouvré une capacité de travail de 80% dans son activité habituelle, ce que la recourante conteste, en invoquant les avis convergents de ses médecin et psychiatre traitants mais également ceux du Dr I\_\_\_\_\_ et du SPE, qui l'a déclarée inapte à sa fonction. Elle allègue qu'au fil de l'année 2015, sa situation s'est en réalité détériorée : certes, une reprise à la rentrée d'août 2015 était prévue, mais elle s'est finalement révélée impossible compte tenu de son état. S'estimant pour sa part incapable d'exercer la moindre activité depuis le 10 juin 2014, la recourante sollicite l'octroi d'une rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> février 2016, soit six mois après le dépôt de sa demande. Il convient en premier lieu d'examiner la valeur probante à accorder aux conclusions des Drs O\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_. Leurs rapports sont

détaillés et comportent une anamnèse, ainsi qu'un résumé des plaintes subjectives de la recourante. Quoi qu'en dise la recourante, les conclusions du Dr O \_\_\_\_\_ correspondent aux observations des différents praticiens somaticiens qui ont été amenés à se prononcer au fil du dossier. Le Dr O \_\_\_\_\_ a constaté la présence d'un syndrome cervico-brachial et lombo-vertébral sans signes radiculaires irritatifs ou déficitaires et un status post opératoire en C5-C6 stable, ainsi qu'une discopathie L5-S1 n'ayant pas évolué depuis 2011. C'est d'ailleurs, les raisons pour lesquelles il a retenu un certain nombre de limitations fonctionnelles et une diminution de rendement de 20%. Sur le plan physique, la recourante ne démontre pas qu'aucun élément objectif aurait été ignoré par l'expert. Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter de l'avis de ce dernier. On relèvera que s'il évoque au passage - sans approfondir réellement la question - un "syndrome fibromyalgique", le Dr O \_\_\_\_\_ semble en réalité faire référence à l'influence du TDAH et de l'état psychique de la recourante sur son seuil de tolérance à la douleur. A aucun moment il ne retient clairement le diagnostic de fibromyalgie, qui n'a d'ailleurs été évoqué par aucun autre médecin. A en revanche été mentionnée à plusieurs reprises l'éventualité d'un trouble somatoforme douloureux (par le Dr H \_\_\_\_\_, en septembre 2015, le Dr G \_\_\_\_\_, indirectement, en novembre 2015, lorsqu'il soulignait que les atteintes somatiques modérées révélées par les examens n'expliquaient pas l'intensité des douleurs ressenties, confinant parfois presque à une paralysie) dont la Cour de céans constate qu'il n'a pas été discuté par l'expert psychiatre. Les conclusions de ce dernier apparaissent d'ailleurs, sur plusieurs aspects, bien moins convaincantes que celles de son collègue somaticien. Alors que ce dernier a convenu que les ressources personnelles de l'assurée étaient limitées par son atteinte psychique, l'expert psychiatre a, pour sa part, conclu à des ressources préservées et à l'absence d'influence sur la capacité de travail en fondant essentiellement cette appréciation sur le fait que les troubles étaient présents depuis l'enfance et n'avaient pas empêché l'assurée d'étudier puis de travailler. L'expert psychiatre a pourtant admis une décompensation psychique invalidante, tout en fixant le terme de cette invalidité au début de l'année 2015 - sans plus de précisions - et ce alors même que le psychiatre traitant a expliqué qu'elle avait perduré, malgré le traitement mis en place. Les propos du psychiatre traitant ont été corroborés par l'expert I \_\_\_\_\_ en septembre 2015, qui concluait encore à une totale incapacité de travail. L'argumentation développée par le Dr P \_\_\_\_\_ pour s'écarter des conclusions convergentes du psychiatre traitant et de l'expert I \_\_\_\_\_ se limite à relever que, pour sa part, il a eu le sentiment, à entendre la description de ses activités quotidiennes, que l'assurée menait une vie presque normale. Cette motivation apparaît cependant un peu maigre, dans la mesure où, si l'on peut concevoir que les troubles décrits handicapent la recourante d'une manière moindre dans son quotidien, cela semble nettement moins convaincant s'agissant de l'exercice de sa profession, impliquant une interaction avec des enfants, activité dans laquelle il paraît évident qu'un comportement totalement adéquat est constamment exigé. Le Dr P \_\_\_\_\_ ne revient pas non plus sur l'examen neuropsychologique d'avril 2017, qui a pourtant mis en exergue d'importantes difficultés de structuration de la pensée, des perturbations de l'attention et des signes d'impulsivité. Il ne s'est pas non plus prononcé sur l'existence d'un trouble somatoforme douloureux, pas plus que sur le trouble anxieux important pourtant évoqué à plusieurs reprises par le Dr N \_\_\_\_\_, qui a souligné son importance. Enfin, le prétendu retour à une pleine capacité de travail fixé par le Dr P \_\_\_\_\_ début 2015, outre qu'il est infirmé tant par le psychiatre traitant que par l'expert I \_\_\_\_\_, repose sur une amélioration dont on constate, à la lecture des documents médicaux, qu'elle concernait surtout la symptomatologie dépressive, mais non les troubles de l'attention, de la

mémoire et l'instabilité émotionnelle, toujours présents. Compte tenu des diagnostics retenus par l'expert (traits de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif - caractérisés selon lui par une instabilité émotionnelle, un manque de contrôle des impulsions et des capacités anticipatoires très réduites - et TDAH), il eut été souhaitable que l'expert motive davantage ses conclusions quant à la capacité de la recourante à enseigner à l'école primaire. Eu égard à ces éléments, il apparaît nécessaire à la Cour de céans de se livrer à des investigations complémentaires, à tout le moins sur le plan psychique et de mettre sur pied une expertise judiciaire, laquelle sera confiée au docteur Z\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement 1. Ordonne une expertise psychiatrique. 2. Commet à ces fins le docteur Z\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. 3. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : a) prendre connaissance du dossier de la cause ; b) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assurée ; c) examiner et entendre l'assurée, après s'être entourée de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes, ou encore de l'expert O\_\_\_\_\_; d) si nécessaire, ordonner d'autres examens. 4. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes: 1. Anamnèse détaillée. 2. Plaintes et données subjectives de la personne. 3. Status clinique et constatations objectives. 4. Diagnostics selon la classification internationale. Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse). 5. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ? 6. Les plaintes sont-elles objectivées ? 7. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par l'assurée). 8. 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) ? 9. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ? 10. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ? 11. L'assurée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ? 12. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ? 13. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ? 14. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne, a) dans l'activité habituelle (impliquant une interaction avec de jeunes enfants et la gestion de plusieurs classes d'une vingtaine d'élèves chacune, avec les exigences administratives y relatives et l'organisation d'évènements ponctuels) b) dans une activité adaptée (cas échéant, spécifier quelles activités seraient adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assurée) 15. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée, en pourcent, a) dans l'activité habituelle b) dans une activité adaptée. 16. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution. 17. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative

adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté. 18. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer. 19. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail. 20. Commenter et discuter les avis médicaux du SMR, des experts s'étant déjà prononcés (notamment le service de santé du personnel de l'état, en particulier le Dr M\_\_\_\_\_, ainsi le Dr I\_\_\_\_\_), ainsi que des médecins traitants et indiquer - cas échéant - pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés. 5. S'agissant plus particulièrement des troubles psychiques : a) Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ? b) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ? c) Existe-t-il un trouble de la personnalité ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ? Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Motiver votre position. d) De quelles ressources mobilisables l'assurée dispose-t-elle ? e) Quel est le contexte social ? L'intéressée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ? f) Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assurée à reconnaître sa maladie ? g) Dans l'ensemble, le comportement de l'expertisée vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ? h) Cas échéant, comment expliquer que les troubles psychiques présents depuis l'enfance - qui n'ont empêché l'assurée ni d'étudier, ni de travailler plusieurs années - soient désormais invalidants ? 6. Formuler un pronostic global. 7. Toute remarque utile et proposition. 8. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans. 9. Réserve le fond. La greffière Marie-Catherine SÉCHAUD La Présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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