

GE_GERICHTE A/568/2017 vom 11. Februar 2019

GE Cour de justice, 2019-02-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_568_2017

FR: GE_GERICHTE A/568/2017 du 11 février 2019

IT: GE_GERICHTE A/568/2017 del 11 febbraio 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 (consid. 4.3.1.3). Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité. Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple ses 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). 8. En principe, une nouvelle jurisprudence doit s'appliquer immédiatement aux affaires pendantes au moment où elle est adoptée (ATF 135 II 78 consid. 3.2). Cela étant, les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (ATF 141 V 281 consid. 8). 9. En l'espèce, en ce qui concerne l'expertise psychiatrique, il faut relever en premier lieu que l'expert ne paraît pas avoir analysé la capacité de travail de la recourante conformément aux nouveaux critères d'examen dégagés par le Tribunal fédéral, bien que dite expertise ait été réalisée postérieurement à cette jurisprudence. En outre, l'expertise du Dr L_____ est par trop succincte pour emporter la conviction. En effet, le status extrêmement bref se borne pour l'essentiel à écarter certains troubles ou symptômes. Ce médecin nie par ailleurs l'existence d'un état dépressif caractérisé, affirmant que les critères diagnostiques d'une telle atteinte ne sont pas réalisés, sans toutefois exposer ces critères ni motiver leur exclusion. S'agissant des éléments objectifs relatés – tels que les pleurs et la tristesse à l'évocation du moral – ou les plaintes rapportées par la recourante, l'expert psychiatre se contente de les mentionner, mais ne procède à aucune appréciation de leur éventuelle incidence sur la capacité de travail. Il n'expose en particulier pas ce qui lui permet d'en faire abstraction dans ce contexte. De plus, ses conclusions quant à l'absence de limitations dans la vie quotidienne et au caractère satisfaisant de la vie sociale de la recourante ne sont guère convaincantes. En effet, elles contrastent singulièrement avec le descriptif donné par l'assurée de ses journées, lors desquelles la recourante ne semble pas s'adonner à d'autres activités que de regarder la télévision. Sur ce point, il est vrai que les déclarations de la recourante, qui a affirmé ne pas savoir utiliser Internet lors de son audition, tout en indiquant dans son écriture du 21 juin 2016 qu'elle consultait épisodiquement son compte Facebook, ne sont pas totalement dépourvues de contradictions. Il n'en reste pas moins que, selon ses déclarations, son cercle social paraît extrêmement restreint, à l'instar de ses centres d'intérêts et de ses activités. Si l'expertise parvient certes à une appréciation différente, elle ne l'étaye par aucun exemple concret d'activités ou de contacts sociaux. Ces éléments semblent évocateurs d'un fort repli social, qui pourrait être la conséquence des limitations induites par son état de santé. Enfin, le fait que la recourante ait réussi à élever un enfant aujourd'hui adulte dans des conditions peut-être difficiles ne permet nullement d'inférer des conclusions sur ses ressources actuelles. Au vu de ces carences, l'expertise du Dr L_____ ne peut se voir reconnaître

valeur probante. A ce stade de la procédure, il est inutile d'examiner si les autres volets de l'expertise réalisée à la PMU satisfont aux critères jurisprudentiels en matière de force probante de rapports médicaux. 10. Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans ne dispose pas des renseignements médicaux nécessaires pour trancher le droit aux prestations.

![]>[] Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). En l'espèce, elle sera confiée au Dr N_____, à l'encontre duquel les parties n'ont fait valoir aucun motif de récusation. La Cour de céans a intégré dans la mission d'expertise qui lui est confiée la question requise par l'intimé, en corrigeant la date déterminante conformément à la jurisprudence. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement A. Ordonne une expertise psychiatrique de Madame A_____. ![]>[] B. Commet à ces fins le docteur N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. ![]>[] C. 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 recourante ; ![]>[] c) examiner et entendre la recourante, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ; ![]>[] d) si nécessaire, ordonner d'autres examens. ![]>[] D. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes : ![]>[] 1. Anamnèse détaillée. ![]>[] 2. Plaintes et données subjectives de la recourante. ![]>[] 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. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués ? ![]>[] 6. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ? ![]>[] 7. Les plaintes sont-elles objectivées ? ![]>[] 8. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la recourante). ![]>[] 9. a) 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) ? ![]>[] b) Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ? 10. a) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ? ![]>[] b) Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ? c) 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 la recourante à reconnaître sa maladie ? d) La recourante a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ? e) Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ? 11. 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 ?

12. a) 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 ? Motivez votre position. b) De quelles ressources mobilisables la recourante dispose-t-elle ? c) Quel est le contexte social ? La recourante peut-elle compter sur le soutien de ses proches ? d) Dans l'ensemble, le comportement de la recourante vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ?

13. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne.

a) dans l'activité habituelle, b) dans une activité adaptée.

14. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de la recourante, en pourcent.

a) dans l'activité habituelle, b) dans une activité adaptée.

15. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution. Se prononcer en particulier sur l'évolution de l'état de santé la recourante depuis novembre 2008.

16. 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.

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

18. 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.

19. Commenter et discuter les avis médicaux du SMR, des experts s'étant déjà prononcés et des médecins traitants et indiquer - cas échéant - pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés.

20. Formuler un pronostic global. Indiquer si des mesures de réadaptation professionnelle sont envisageables.

21. Faire toute remarque utile.

E. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

F. Réserve le fond.

La greffière Marie-Catherine SECHAUD La présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le