

GE_GERICHTE A/652/2013 vom 21. November 2013

GE Cour de justice, 2013-11-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_652_2013

FR: GE_GERICHTE A/652/2013 du 21 novembre 2013

IT: GE_GERICHTE A/652/2013 del 21 novembre 2013

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame B _____, domiciliée à Carouge GE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MATHEY-DORET Marc recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, Genève intimé EN FAIT 1. Madame B _____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1970, est divorcée et mère d'un enfant de 14 ans. Après un CFC de l'école de commerce obtenu en 1991, elle a travaillé en qualité de secrétaire pendant un mois dans une entreprise de bijouterie-joaillerie, puis pendant deux ans dans une étude d'avocats. En décembre 1993, l'assurée a mis un terme à son activité pour raisons de santé et n'a plus travaillé depuis. À la suite de difficultés financières consécutives à son divorce en 2009, elle a été prise en charge par l'Hospice général en 2010 pour la couverture de son minimum vital. Elle touche également une contribution à l'entretien de son fils de la part de son ex-mari. 2. Il ressort de certificats délivrés par le médecin traitant de l'assurée, le Dr L _____, psychiatre FMH, du 1 er juillet 2010 au 9 avril 2011 que l'assurée a présenté une incapacité de travail complète du 1 er juillet 2010 au 30 avril 2011. 3. Le 4 mai 2011, l'assurée a formé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente et de mesures de réadaptation professionnelle. 4. En date du 19 septembre 2011, le Dr L _____ a adressé un rapport à l'OAI attestant d'une incapacité de travail complète dans toute activité depuis le 1 er juillet 2010. Comportant une anamnèse et un status psychiatrique, ce rapport pose les diagnostics suivants avec effets sur la capacité de travail de l'assurée: - schizophrénie paranoïde (F20.0) - trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) - trouble obsessionnel compulsif avec rituels obsessionnels (F42.1) Il est précisé que le pronostic est réservé, que l'assurée refuse les traitements médicamenteux et que les restrictions qu'elle présente ne peuvent pas être réduites par des mesures médicales pour le moment. Il est indiqué en conclusion que la symptomatologie actuelle de l'assurée ne lui permet pas raisonnablement d'assumer une activité lucrative. 5. Par communication du 4 octobre 2011, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était indiquée et que l'instruction de son dossier se poursuivait en vue de l'octroi éventuel d'une rente d'invalidité. 6. Par avis du 24 octobre 2011, la Dresse M _____, médecin SMR, a considéré sur la base du rapport du Dr L _____ qu'une expertise psychiatrique était nécessaire pour éclaircir les diagnostics incapacitants ainsi que l'exigibilité. 7. Par courrier du 2 décembre 2011, l'OAI a informé l'assurée qu'elle était invitée à se rendre auprès du Dr N _____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie pour se soumettre à une expertise médicale. 8. Par expertise psychiatrique du 27 février 2012, le Dr N _____ a retracé l'anamnèse de l'assurée, recueilli ses plaintes et consigné ses constatations cliniques au cours de l'examen

de l'intéressée. Contrairement au Dr L_____, l'expert n'a pas retenu le diagnostic de schizophrénie (F20.0-F20.3). Le Dr N_____ expose à cet égard qu'il ne partage pas l'avis de son confrère qui se fonde sur: [endif]> [if> - la présence, chez l'assurée, d'idées délirantes et de persécution, en particulier en ce qui concerne sa mère, l'assurée se disant convaincue que cette dernière lui vole ses pensées. [endif]> [if> - le fait que l'assurée se sente investie d'une mission pour l'humanité. [endif]> [if> Pour motiver cette divergence d'opinions, le Dr N_____ a indiqué que l'assurée ne lui avait pas parlé du vol de ses pensées par sa mère, ce qui, aux yeux de l'expert, constituait un indice qu'elle pouvait faire "un tri d'informations" elle-même et qu'elle n'était pas en proie à des idées délirantes à tout moment. Le Dr N_____ a ajouté qu'il n'avait pas de certitude sur l'impact et la durée de ce type de symptômes potentiellement psychotiques et qu'il n'y avait pas d'impact d'un délire éventuel sur son fonctionnement actuel, le fait pour l'assurée d'éviter sa mère restant une conséquence très partielle. L'expert a ajouté que même si le Dr L_____ avait rapporté que l'assurée se sentait investie d'une mission pour l'humanité, elle n'avait rien évoqué de tel au moment de l'expertise. Il a précisé qu'indépendamment du silence de l'assurée à ce sujet, sa mission pour l'humanité était peut-être vécue dans son for intérieur, mais que cet élément, et le fait d'être éventuellement habitée par des idées irrationnelles, ne la faisaient pas tomber dans un système délirant influençant gravement son mode de fonctionnement dans la réalité. À la lumière de ces observations, le Dr N_____ a écarté le diagnostic de schizophrénie et indiqué qu'il restait des tendances anxieuses, obsessionnelles, des contrôles partiels mais relativisés et maîtrisés par l'assurée elle-même. Les diagnostics posés ont été les suivants: - trouble de la personnalité, sans précisions, du type névrose de caractère (F60.9) - trouble anxieux phobique sans précisions (F40.9) - trouble obsessionnel compulsif avec comportement compulsif au premier plan, d'importance clinique légère (F42.1) L'expert a précisé que les deux derniers diagnostics cités étaient influençables par des approches thérapeutiques et que de ce fait, il ne retenait sur le plan psychiatrique ni incapacité de travail, ni diminution de rendement dans l'activité professionnelle exercée précédemment, cette activité pouvant être reprise à plein temps. L'expert a ajouté à cet égard que l'assurée avait certes présenté une incapacité de travail due à une perturbation anxio-dépressive importante après son divorce et la réduction des moyens financiers qui en avait résulté, il a néanmoins estimé que l'assurée avait recouvré sa capacité de travail 6 mois après sa prise en charge par l'Hospice général et la mise en place d'un suivi psychiatrique intégré dès 2010. S'agissant d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelles, l'expert a estimé qu'elles ne lui paraissaient pas indiquées, vu que l'assurée était très fermement convaincue d'être incapable de travailler. Évoquant la question d'activités professionnelles exigibles autres que celle exercées précédemment, l'expert a indiqué que l'assurée était théoriquement en mesure d'exercer toute activité en rapport avec sa formation et son expérience professionnelle. Le Dr N_____ a toutefois concédé qu'au vu de l'éloignement très long de l'assurée du marché du travail, des "mesures de reconditionnement" lui paraissaient indiquées, mais que celles-ci nécessitaient une participation active de la part de l'intéressée. 9. Par avis du 17 octobre 2012, la Dresse O_____, médecin SMR, a considéré que l'expertise du Dr N_____ réalisée le 27 février 2012 se fondait sur la base d'une anamnèse détaillée et chronologique, d'un status clinique rigoureux et exhaustif, d'échelles validées et de critères diagnostiques établis par l'OMS. La Dresse O_____ a estimé en conséquence que ce document l'éclairait de façon convaincante sur la situation de l'assurée et que ses conclusions pouvaient être suivies. Elle a ajouté qu'en tant que l'expert ne retenait ni atteinte incapacitante, ni

incapacité de travail durable, des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas nécessaires.![endif]>![if> 10. Par projet de décision du 23 novembre 2012, l'OAI a informé l'assurée que selon l'appréciation du SMR, elle ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante et qu'en conséquence, elle ne pouvait prétendre à aucune prestation de l'assurance-invalidité.![endif]>![if> 11. Par courrier du 13 décembre 2012, l'assurée a informé l'OAI que c'est en raison de problèmes de santé (épuisement dû à la boulimie et à un trouble obsessionnel compulsif) qu'elle avait mis un terme à son activité professionnelle en décembre 1993. Elle a ajouté qu'au vu de ses nombreuses affections attestées par le Dr L _____, elle était en désaccord complet avec le projet de décision du 23 novembre 2012. Par ailleurs, elle a invité l'OAI à transmettre l'expertise du Dr N _____ au Dr L _____.![endif]>![if> 12. Par pli du 17 décembre 2012, l'OAI a transmis l'expertise du Dr N _____ au Dr L _____.![endif]>![if> 13. Par décision du 18 janvier reçue le 22 janvier 2013, l'OAI a confirmé son projet du 23 novembre 2012 en précisant que les arguments soulevés par l'assurée n'étaient pas de nature à modifier son appréciation.![endif]>![if> 14. Dans un rapport daté du 19 février 2013, le Dr L _____ a déclaré qu'il suivait l'assurée depuis le 27 janvier 2010 et que la symptomatologie psychotique décrite dans son rapport du 19 septembre 2011 restait d'actualité. ![endif]>![if> Il rappelle que l'assurée souffre de longue date de symptômes délirants de persécution, de contrôle et d'influence l'amenant à se cloîtrer chez elle et à limiter ses sorties. Ses angoisses psychotiques demeurent fréquentes et exacerbent son délire de persécution construit autour du "pouvoir maléfique de sa mère" à son encontre. Cette dernière est omniprésente dans l'espace intrapsychique de l'assurée et tout au long de son discours. Le Dr L _____ rapporte que l'assurée affirme avec force que sa mère n'arrivera pas à la détruire car elle aurait, pour sa part, acquis des "pouvoirs de contrôle et d'ascension dans d'autres dimensions extraterrestres". Aussi la vie de l'assurée se résume à ce thème. Le médecin-traitant précise que tout stress vécu par l'assurée est interprété comme une tentative de sa mère de l'empoisonner ou de la détruire et que dans ce contexte, l'assurée est régulièrement confrontée à des périodes de tension et de thymie dépressive avec des nuits fréquemment ponctuées d'insomnies rebelles. Le Dr L _____ ajoute que la patiente demeure à ce jour réfractaire à tout traitement psychotrope susceptible d'améliorer son état psychique et qu'il ne lui paraît pas très sérieux de considérer l'assurée "comme indemne de ce trouble psycho-pathologique", raison pour laquelle il dit ne pas comprendre le rapport du Dr N _____. À la lumière de ces éléments, le Dr L _____ maintient que l'assurée souffre d'une schizophrénie paranoïde associée à un trouble anxio-dépressif et à des rituels obsessionnels et que dans ce contexte bien précis, l'assurée est actuellement incapable d'assumer une activité lucrative. 15. Par acte du 21 février 2013, l'assurée, représentée par Me Marc MATHEY-DORET, a saisi la Cour de céans d'un recours contre la décision du 18 janvier 2013. ![endif]>![if> La recourante reproche en substance au Dr N _____ de ne pas avoir tenu compte de symptômes de la lignée psychotique manifestés au cours de l'expertise et de s'être fondée sur un seul et unique entretien pour écarter le diagnostic de schizophrénie posé par le Dr L _____ dans son rapport du 19 septembre 2011. Elle ajoute que l'expertise du 27 février 2012 révèle certaines contradictions, puisque le Dr N _____ lui reconnaît une personnalité "un peu particulière" ou "atypique" et qu'il affirme être théoriquement face à un symptôme potentiellement psychotique, mais qu'il précise n'avoir aucune connaissance de l'ampleur ou de la durée de celui-ci. La recourante considère dès lors que l'expertise du Dr N _____ est dépourvue de force probante. Aussi conclut-elle, préalablement, à ce qu'une expertise

psychiatrique soit réalisée pour établir sa capacité de travail au moment de la décision et, cas échéant, déterminer le début de son incapacité de travail. Principalement, elle conclut à l'annulation de la décision du 18 janvier 2013 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 1993, le tout sous suite de dépens. 16. Par acte du 18 avril 2013, l'intimé conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, faisant valoir que l'expertise du Dr N_____ doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Se référant à la jurisprudence, il soutient que la durée de l'entretien entre l'expert et l'assuré n'est pas en soi un critère pertinent pour remettre en cause dite valeur probante. Il a ajouté que le fait que l'expert n'ait reçu l'assuré qu'une seule fois ne remet pas en cause la force probante de l'expertise, puisqu'en plus de l'examen proprement dit, l'expert était en possession du dossier complet de l'assurée, ce qui lui avait permis de poser un diagnostic qui n'était pas le fruit d'une simple observation momentanée. L'intimé fait également valoir qu'en date du 6 février 2012, le Dr N_____ avait pris contact avec le Dr L_____, soit avant de rendre ses conclusions. Quant au rapport établi par ce dernier en date du 19 février 2013, l'intimé est d'avis qu'il n'y est fait état ni d'une nouvelle atteinte, ni d'une aggravation de l'état de santé de la recourante. Pour ce motif, il considère que l'avis du SMR du 17 octobre 2012 demeure pleinement valable.!

17. a) Par acte du 8 mai 2013, la recourante reproche au Dr N_____ d'être passé à côté de l'essentiel en ne retenant pas le diagnostic avéré de schizophrénie. Pour appuyer ses dires, elle produit une "expertise" réalisée à sa demande par le Dr P_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. b) Effectuée le 18 avril 2013, ce rapport se fonde sur un examen du dossier médical, retrace l'anamnèse, recueille les plaintes et données subjectives de l'assurée, comporte un examen clinique assorti de tests psychologiques et un status psychiatrique. Sur la base de l'anamnèse, des observations cliniques depuis plus de deux ans de son psychiatre, son examen clinique et les tests psychologiques projectifs, le Dr P_____ a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de schizophrénie paranoïde d'évolution continue (F20.0) et de trouble obsessionnel compulsif avec comportement compulsif au premier plan (F42.1). Le Dr P_____ indique que la schizophrénie paranoïde dont souffre la recourante est en évolution continue depuis plus de 10 ans, mais que les premiers symptômes ou la phase prodromique se sont sans doute manifestés dès l'adolescence avec notamment des préoccupations spirituelles et surnaturelles, des rituels obsessionnels, des troubles alimentaires et des difficultés scolaires. Il ajoute qu'à la suite du décès de sa marraine en 1998, l'anamnèse révèle qu'elle est de plus en plus envahie par des idées délirantes de persécution et mystiques ainsi que des troubles des perceptions sous forme d'hallucinations auditives. Il observe qu'elle s'isole et adopte un comportement autistique, centré sur les besoins de son fils. Il rapporte qu'en 2010, à la suite de son divorce et de difficultés financières, survient un épisode dépressif sévère avec caractéristiques psychotiques et une évolution de sa maladie progressive et continue avec une accentuation de la composante négative et la persistance de manifestations psychotiques délirantes et hallucinatoires. S'agissant du trouble obsessionnel compulsif, le Dr P_____ indique que celui-ci se manifeste depuis l'enfance par des obsessions de rangement et de propreté. Il ajoute que par la suite, au fur et à mesure du développement de la schizophrénie, il devient difficile de séparer les symptômes liés à cette maladie et ceux dus à son trouble obsessionnel compulsif. Le Dr P_____ précise que le fait que la recourante effectue des calculs obscurs ou qu'elle attribue une signification particulière aux nombres, aux événements selon leur ordre chronologique, aux heures ou aux signes extérieurs, peut être considéré comme des symptômes obsessionnels egosyntoniques, soit

des symptômes que la recourante ne considère pas comme anormaux, mais qui la gênent considérablement. Le Dr P_____ ajoute que l'envahissement de sa personnalité par ces symptômes et la présence claire d'idées délirantes avec des troubles du cours de la pensée permettent de dire qu'il existe une dimension psychotique et obsessionnelle. Après avoir évoqué les idées délirantes de la recourante qui la placent au centre d'un complot, l'exposent à un possible vol de sa personnalité ou l'obligent à faire appel à des pouvoirs qui permettent de "l'ascensionner" pour lutter contre sa mère, le Dr P_____ a émis un pronostic défavorable concernant une récupération d'une éventuelle capacité de travail, ajoutant que la présence des symptômes schizophréniques et l'organisation de sa vie autour de son délire rendent impossible un fonctionnement normal dans la société. Il ajoute que si l'effet d'un traitement neuroleptique s'avère efficace précocement, soit au début de la maladie schizophrénique, il n'en va pas de même après une évolution de plusieurs années comme dans le cas d'espèce, de sorte que la prise de neuroleptiques n'aurait que très peu d'effet sur son délire. Prenant position sur les conclusions du Dr N_____, le Dr P_____ rapporte que selon la classification de l'OMS à laquelle son confrère se réfère, au moins un des symptômes et signes tels que: - idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité se rapportant clairement à des pensées ou sensations spécifiques, ou perceptions délirantes![endif]>![if> et/ou, - écho de la pensée, pensée imposée ou vol de la pensée ou divulgation de la pensée![endif]>![if> doit avoir été présent la plupart du temps ou pendant la plupart des jours pendant un épisode psychotique d'une durée d'au moins un mois. Or, selon le Dr P_____, si l'on s'en tient à l'observation stricte des critères de l'OMS pour le diagnostic de schizophrénie, ceux-ci ne mentionnent pas que les pensées délirantes doivent influencer gravement le mode de fonctionnement dans la réalité, ils indiquent qu'il suffit que ces pensées soient présentes la plupart du temps. Le Dr P_____ indique que le simple fait que la recourante n'ait pas parlé au Dr N_____ de ses idées délirantes n'est pas une raison suffisante pour affirmer que le délire n'est pas toujours présent. Le Dr P_____ précise que le diagnostic de la schizophrénie est exclusivement clinique et difficile à poser du fait de la grande diversité des symptômes et de la réticence des patients à en parler. Il ajoute qu'il est un fait reconnu que la dimension psychotique de la schizophrénie, soit les idées délirantes ou les hallucinations, est le plus souvent révélée avec la plus grande réticence et que seule une observation clinique longue permet de mettre à jour de tels symptômes. Le Dr P_____ rapporte que lors de son examen clinique, la recourante n'a pas abordé spontanément ses idées délirantes bizarres, mais qu'elle n'en a parlé qu'après avoir été longuement interrogée. Par ailleurs, le Dr P_____ indique que les tests psychologiques projectifs auxquels il a procédé, l'anamnèse et l'examen clinique ne sont pas compatibles avec un trouble de la personnalité (de type névrose de caractère) comme le Dr N_____ l'a retenu. Il précise que les éléments psychotiques de la personnalité de la recourante abondent dans les tests psychologiques projectifs, que l'anamnèse révèle un délire, des bizarreries de comportement, une forte décompensation psychotique en 2010 et des hallucinations. Il ajoute que l'examen clinique montre la présence d'un délire de persécution dynamique, organisé autour de sa mère et ses proches, des idées délirantes de référence et interprétatives ainsi que des troubles du cours de la pensée. Évoquant l'influence des troubles constatés chez la recourante sur sa capacité de travail, le Dr P_____ indique que la présence permanente d'idées délirantes, la sévérité et la chronicité de sa maladie psychique entraînent une incapacité de travail totale depuis le 1^{er} juillet 2010 dans son activité habituelle. Il ajoute que les symptômes schizophréniques et obsessionnels ne lui permettent pas de

s'adapter à un environnement professionnel. S'agissant d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle, le Dr P_____ indique qu'elles ne sont pas envisageables, les troubles psychiques étant invalidants et figés. Il ajoute que la capacité de travail ne saurait être améliorée et que d'autres activités ne sont pas non plus exigibles de la part de l'assurée. Enfin, le Dr P_____ précise que la maladie psychique de la recourante est chronique et invalidante en ce sens qu'elle modifie sa perception de la réalité et sa capacité à réfléchir, raisonner ou se comporter avec cohérence dans un milieu de travail qui nécessite par définition un bon ancrage dans la réalité. Aussi considère-t-il que plus aucune activité professionnelle n'est exigible de la part de l'assurée. Enfin le Dr P_____ relève que ses conclusions ne rejoignent pas celles de l'expertise du Dr N_____, à l'exception, sur le plan diagnostique, du trouble obsessionnel compulsif. Pour le reste, il rappelle que l'ensemble des éléments à sa disposition, soit l'anamnèse, les observations cliniques du Dr L_____ sur plus de deux ans, ses propres observations cliniques et le test psychologique projectif lui permettent d'affirmer que la recourante présente des troubles psychiques bien plus graves qu'un trouble de la personnalité qui préserverait sa capacité de travail. Pour le Dr P_____, il s'agit d'un trouble schizophrénique et obsessionnel qui entraîne des distorsions fondamentales de la pensée et de la perception, ce qui la rend incapable de travail à long terme. c) Se fondant sur le rapport du Dr P_____, la recourante conclut, principalement, au versement d'une rente entière d'invalidité basée sur un taux de 100% dès le 1^{er} juillet 2011 et à la condamnation de l'OAI à lui verser la somme de 3'198 fr. correspondant aux frais d'expertise du Dr P_____, le tout sous suite de dépens. Subsidiairement, elle conclut à l'audition des Drs L_____ et P_____ ainsi qu'à la réalisation d'une expertise psychiatrique. 18. Par avis du 29 mai 2013, la Dresse M_____, médecin SMR, a estimé qu'au vu du rapport du Dr P_____, il était souhaitable que le Dr N_____ prenne connaissance de celui-ci et se détermine à son sujet. 19. Par acte du 30 mai 2013, l'intimé s'est référé aux conclusions du SMR du 29 mai 2013. Sur le fond, il a réservé ses conclusions. 20. Par pli du 19 juin 2013 adressé à la Cour de céans, le Dr N_____ s'est déterminé sur le rapport du Dr P_____ et a maintenu ses conclusions prises le 27 février 2012. Le Dr N_____ se dit stupéfait en évoquant les différences existant dans les descriptions cliniques. Formellement, il y a deux possibilités selon lui. Soit l'état clinique de la recourante s'est aggravé entre-temps, soit elle a accentué les descriptions. En vue d'étayer ses conclusions initiales, il apporte les remarques additionnelles suivantes: - La recourante a d'entrée évoqué une distance nette vis-à-vis de ses parents, en particulier de sa mère. En parlant de sa mère, la recourante n'était pas du tout touchée affectivement. Le Dr N_____ signale avoir dû activement porter la discussion sur ce thème, la recourante ayant, à ce moment-là, à nouveau signalé sa distance. Il ajoute qu'il n'y avait absolument aucune notion d'influence, d'écoute ou autre.![endif]>![if> - Pour la période de mariage et entre sa séparation en 2006 et le divorce en 2009, il n'existe aucune notion médicale de dysfonctionnement majeur et la recourante a continué de s'occuper de son fils qui a évolué normalement malgré la relation copain-copine avec sa mère.![endif]>![if> - La recourante pouvait vivre avec 2'800 fr. par mois. Ce n'est qu'après une réduction drastique à 800 fr. par mois, consécutive à son divorce que la recourante a glissé dans un état de détresse, probablement aussi avec des sentiments de honte, d'enfermement et peut-être aussi un trouble psychotique transitoire comme cela peut exister dans des situations où une personne n'arrive pas à faire face à l'ampleur des exigences de la réalité.![endif]>![if> - Les problèmes de boulimie et de TOC antérieurs et présents ne sont pas interprétables en soi en direction d'un trouble

psychotique. Le Dr N_____ précise qu'ils peuvent, comme le Dr P_____ l'a écrit, coexister, mais ils peuvent tout aussi bien appartenir (le plus souvent) à une problématique anxieuse au sens large du terme, voire névrotique.![endif]>![if> - Pour la crise aiguë mentionnée pour la période 2009-2010, la recourante a évoqué que sa mère faisait pression pour qu'elle s'inscrive à l'assurance-chômage, mais qu'elle y était farouchement opposée. Le Dr N_____ observe qu'elle est restée dans cette opposition.![endif]>![if> - Même si la description de sa vie par la recourante reflète une personnalité "spéciale" comportant des choix personnels inhabituels, ceux-ci ne sont pas en soi pathologiques selon le Dr N_____. Il ajoute que les contacts avec la réalité extérieure, qu'elle soit matérielle ou sociale, ne sont pas perturbés en soi. Ainsi, l'assurée a une capacité d'auto-structuration, elle fait du fitness et de l'ordre. Ses journées sont occupées. Sa capacité de faire des économies malgré un budget très restreint (par exemple pour l'achat d'un nouveau téléviseur) évoque un rapport bon et précis avec la réalité.![endif]>![if> - La recourante conduit une voiture dans la circulation.![endif]>![if> - Le Dr N_____ relève que Le Dr P_____ indique lui-même que l'écriture de la recourante est belle et régulière.![endif]>![if> - La recourante ne présentait clairement pas de symptômes négatifs de psychose lors de son examen par le Dr N_____. Elle n'était notamment pas en proie à des hallucinations ou à des idées délirantes.![endif]>![if> - Le Dr N_____ reproche au Dr P_____ de mélanger en partie les observations avec les énoncés de l'assurée en page 7 de son rapport ("elle reconnaît [...], elle dit [...], elle se rend compte [...]"). Il lui reproche également de développer "la plus grande partie de l'argumentation délirante" en se basant sur les descriptions de l'assurée.![endif]>![if> - Le Dr N_____ indique que les tests psychologiques projectifs de type RORSCHACH et TAT ne sont aujourd'hui plus utilisés en examen psychiatrique.![endif]>![if> Le Dr N_____ soutient que les remarques additionnelles qui précèdent soulignent encore une fois l'écart entre ses propres observations en 2012 et celles du Dr P_____ en 2013, malgré l'existence de constatations concordantes entre les deux médecins, comme pour l'absence de troubles cognitifs. Le Dr N_____ remet également en cause l'énorme souffrance de la recourante mentionnée par le Dr P_____ en faisant valoir que si tel était vraiment le cas et que si elle était vraiment perdue par ses troubles du moi, des persécutions et d'autres symptômes psychotiques, elle accepterait une médication comme d'autres patients présentant ce type d'affections. Le Dr N_____ ajoute que le rejet d'une médication ne peut pas simplement être interprété comme la conséquence d'un délire paranoïaque. Il réfute également la thèse selon laquelle une médication ne serait ni proposée, ni appliquée à un "stade tardif" de la maladie. Selon le Dr N_____ en effet, un traitement spécifique peut non seulement améliorer la souffrance et la qualité de vie, il peut aussi confirmer ou infirmer le diagnostic à brève échéance. L'expert ajoute que malgré la gravité des troubles rapportés par le Dr P_____, il n'y a eu ni hospitalisation, ni "accrochages significatifs avec la réalité sociale et extérieure". Enfin, le Dr N_____ indique à l'intention de la Cour de céans que si des doutes persistent, il propose ou bien de mandater une expertise judiciaire extérieure, ou bien une hospitalisation à but diagnostique. 21. Dans un avis du 8 août 2013, le SMR, soit pour lui la Dresse M_____, indique que l'argumentation développée par le Dr N_____ dans ses observations du 19 juin 2013 est convaincante et basée sur des faits objectifs; qu'en conséquence, elle considère que les conclusions de l'expertise du 27 février 2012 sont toujours valables. 22. Par acte du 12 août 2013, l'intimé soutient, à la lumière du rapport du Dr N_____ du 19 juin 2013 et de l'avis SMR du 8

about 2013, qu'il existe de nombreuses discordances dans l'expertise privée du Dr P_____ et que celle-ci ne saurait dès lors se voir reconnaître pleine valeur probante. Au vu de ces éléments, l'intimé maintient ses conclusions prises dans son écriture du 18 avril 2013. 23. Par acte du 9 septembre 2013, la recourante reproche au Dr N_____ de persister dans ses conclusions antérieures sans avoir pris la peine de l'examiner à nouveau. Elle fait également grief au Dr N_____ d'expliquer que la divergence d'opinions entre le Dr P_____ et lui serait due ou bien à une aggravation de l'état clinique de la recourante, ou bien à une accentuation des descriptions par cette dernière. Ceci posé, elle reproche au Dr N_____ non seulement de ne pas envisager une troisième hypothèse, celle d'une inexactitude de l'expertise du 27 février 2012, mais aussi, de ne pas suivre l'une ou l'autre des deux hypothèses qu'il a lui-même énoncées dans son schéma binaire, ce dernier restant sans développement ni véritable réponse. La recourante en veut pour preuve que le rapport du 19 juin 2013 ne mentionne nulle part ailleurs une accentuation des descriptions ou une aggravation de son état de santé. La recourante soutient également que le Dr N_____ est malvenu de reprocher au Dr P_____ son manque d'objectivité alors que lui-même prétend exclure le diagnostic de schizophrénie sur la base du simple postulat selon lequel l'existence réelle d'une énorme souffrance exclurait le refus de toute médication. Répondant aux critiques du Dr N_____ sur les "énoncées de l'assurée" et les tests projectifs qui ne seraient plus utilisés en examen psychiatrique, la recourante fait valoir que l'appréciation pondérée et convaincante du Dr P_____ ne repose pas seulement sur les descriptions qu'elle a faites, mais sur un examen clinique complet comprenant en particulier un examen diagnostique structuré (le Mini International Neuropsychiatric Interview) et un interview semi-structuré de l'AMDP (Association pour la Méthodologie et Documentation en Psychiatrie) à propos duquel il est précisé en p. 7 du rapport du Dr P_____ que l'évaluation des symptômes se base à la fois sur l'observation de la patiente et la description qu'elle fait de "son éprouvé". En synthèse, la recourante est d'avis que l'argumentation développée par le Dr N_____ pour justifier sa première appréciation convainc d'autant moins qu'il n'a pas répondu aux hypothèses qu'il a lui-même posées pour expliquer sa divergence d'appréciation avec les avis convergents, clairs et convaincants des Drs P_____ et L_____. À la lumière de ces éléments, la recourante a déclaré persister intégralement dans ses conclusions. 24. Le courrier de la recourante a été transmis à l'intimé. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).! [endif]>! [if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 30 al. 1 et 60 al. 2 LPGA).! [endif]>! [if> 3. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGA; cf. ATF 125 V 193 consid. 2). Il doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a;

RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3), en particulier lorsque des spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (ATF 118 V 286, consid. 1b).!

!endif>!

!if> Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment 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 ; ATF non publié 8C_760/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3). Les coûts de l'expertise peuvent être mis à la charge de l'assureur social (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2).

4. En l'espèce, dans le cadre de l'instruction de la cause, l'intimé a confié une expertise au Dr N_____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, pour éclaircir les diagnostics incapacitants ainsi que l'exigibilité. !endif>!

!if> Dans son rapport d'expertise du 27 février 2012, le Dr N_____ a posé les diagnostics de trouble de la personnalité, sans précisions, du type névrose de caractère (F60.9), de trouble anxieux phobique sans précisions (F40.9) ainsi que de trouble obsessionnel compulsif avec comportement compulsif au premier plan, d'importance clinique légère (F42.1). En revanche, contrairement au médecin traitant de la recourante, le Dr N_____ n'a pas retenu le diagnostic de schizophrénie (F20.0-F20.3) en l'absence d'un système délirant influençant gravement le mode de fonctionnement de la recourante dans la réalité. L'expert a précisé que dans la mesure où le trouble anxieux phobique et le trouble obsessionnel compulsif étaient influençables par des approches thérapeutiques, il ne retenait ni incapacité de travail, ni diminution de rendement dans son activité précédente comme dans toute activité en rapport avec la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré.

5. Le Dr P_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a examiné la recourante à sa demande et a réalisé un examen clinique comprenant notamment des tests psychologiques projectifs de type RORSCHACH et TAT. En appliquant cette méthode, il est parvenu à la conclusion que la recourante souffrait de schizophrénie paranoïde d'évolution continue (F20.0) et de trouble obsessionnel compulsif avec comportement compulsif au premier plan (F42.1). !endif>!

!if> 6. Invité à prendre position sur le rapport du Dr P_____, le Dr N_____ a indiqué que les tests psychologiques projectifs de type RORSCHACH et TAT n'étaient plus utilisés de nos jours en examen psychiatrique. Il a maintenu que la recourante ne présentait pas de schizophrénie, motif pris que sa personnalité, certes "spéciale", ne faisait obstacle ni à sa capacité d'auto-structuration, ni à un rapport bon et précis avec la réalité, que sa souffrance n'était pas énorme vu son refus de toute médication et qu'il n'y avait eu ni hospitalisation, ni "accrochages significatifs avec la réalité sociale et extérieure". !endif>!

!if> 7. La Cour de céans se retrouve dès lors confrontée, d'une part, à un rapport d'expertise qui n'objective aucune atteinte invalidante et d'autre part, au rapport médicaux des Drs L_____ et P_____ qui retiennent une schizophrénie paranoïde et un trouble obsessionnel compulsif entraînant une incapacité de travail dans toute activité. Les divergences entre les Drs N_____ et P_____ sont encore accentuées par le fait que le premier considère qu'une approche thérapeutique permettrait à la recourante de surmonter son trouble anxieux phobique et son trouble obsessionnel compulsif, alors que le second est d'avis qu'indépendamment du refus de toute médication par la recourante – que le Dr N_____ interprète pour sa part comme l'absence d'une énorme souffrance et de troubles réellement graves – la prise de neuroleptiques n'aurait que très peu d'effet sur ses idées délirantes, vu le stade avancé de sa schizophrénie. !endif>!

!if> 8. Au vu des

divergences affichées par les Drs L_____ et P_____, d'une part, et le Dr N_____, d'autre part, et du fait qu'il n'est dès lors pas possible d'établir, en l'état du dossier, un diagnostic précis et, par voie de conséquence, d'en connaître les répercussions sur la capacité de travail de la recourante, il convient d'ordonner une expertise psychiatrique. ![/endif]>![if> PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement 1. Ordonne une expertise psychiatrique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Madame B_____, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure, en s'entourant d'avis de tiers au besoin.![endif]>![if> 2. Commet à ces fins le Docteur Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie.![endif]>![if> 3. Charge l'expert de déterminer les éléments suivants et de répondre aux questions ci-après:![endif]>![if> 1. Anamnèse détaillée.![endif]>![if> 2. Données subjectives de la recourante.![endif]>![if> 3. Constatations objectives.![endif]>![if> 4. Diagnostic(s):![endif]>![if> a) Quel(s) diagnostic(s) retenez-vous? Depuis quelle date?![endif]>![if> b) S'agissant des diagnostics de trouble de la personnalité, sans précisions, du type névrose de caractère (F60.9) et de trouble anxieux phobique sans précisions (F40.9) retenus par le Dr N_____ et exclus par le Dr P_____, quelle est votre position motivée, avec discussion des avis et arguments exposés par les praticiens précités?![endif]>![if> c) S'agissant du diagnostic de schizophrénie paranoïde d'évolution continue (F20.0) retenu par le Dr P_____ et exclu par le Dr N_____, quelle est votre position motivée, avec discussion des avis et arguments exposés par les praticiens précités? Qu'en est-il en particulier, de la capacité d'auto-structuration, du fait de savoir occuper ses journées, faire de l'ordre, du fitness, gérer son budget et conduire une voiture dans la circulation? Est-ce que de telles capacités, si elles sont avérées, permettent d'exclure l'un ou l'autre des diagnostics?![endif]>![if> d) L'efficacité diagnostique des tests psychologiques projectifs de type RORSCHACH et TAT mis en œuvre par le Dr P_____ dispose-t-elle d'un large consensus au sein de la communauté scientifique et des praticiens? Veuillez répondre en motivant votre position.![endif]>![if> e) Les diagnostics posés par le Dr P_____ peuvent-ils être confirmés indépendamment des tests psychologiques projectifs de type RORSCHACH et TAT? Veuillez détailler votre réponse.![endif]>![if> f) Comment expliquez-vous, suivant les diagnostics que vous aurez retenus, qu'il n'y ait jamais eu d'hospitalisation?![endif]>![if> 5. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Dans l'affirmative:![endif]>![if> a) Quel est le taux d'activité exigible?![endif]>![if> b) Depuis quelle date?![endif]>![if> c) Y a-t-il une diminution de rendement? Si oui dans quelle mesure?![endif]>![if> 6. Dans quelle mesure une activité lucrative adaptée est-elle raisonnablement exigible de la recourante? Dans l'affirmative:![endif]>![if> a) Dans quel domaine?![endif]>![if> b) Quel est le taux d'activité exigible?![endif]>![if> c) Depuis quelle date?![endif]>![if> d) Y a-t-il une diminution de rendement? Si oui dans quelle mesure?![endif]>![if> 7. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables? Quelles sont leurs chances de succès?![endif]>![if> 8. La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales? Dans l'affirmative:![endif]>![if> a) Lesquelles?![endif]>![if> b) Qu'en est-il en particulier de la prise de médicaments?![endif]>![if> c) Le refus de toute médication par la recourante peut-il être interprété comme la conséquence d'une pathologie? Peut-il être surmonté par un effort de volonté raisonnablement exigible?![endif]>![if> d) En cas de réponse positive à la question précédente, quelle

serait la capacité de travail exigible en cas d'observation d'un traitement médicamenteux adapté à l'état de santé?!

9. Formuler un pronostic global.

4. Toutes remarques utiles et propositions de l'expert.

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

6. Réserve le fond.

La greffière Nathalie LOCHER
La présidente Doris GALEAZZI
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.