

GE_GERICHTE A/744/2008 vom 3. September 2008

GE Cour de justice, 2008-09-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_744_2008

FR: GE_GERICHTE A/744/2008 du 3 septembre 2008

IT: GE_GERICHTE A/744/2008 del 3 settembre 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 03.09.2008
A/744/2008

A/744/2008 ATAS/958/2008 du 03.09.2008 (AI) En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/744/2008 ATAS/958/2008 ORDONNANCE D'EXPERTISE DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES du 3 septembre 2008 Chambre 5 En la cause Mme G _____ , domiciliée au GRAND-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BOHLER Antoine, rue du Rhône 20, GENEVE recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Mme G _____, divorcée et sans enfant, est née le 23 novembre 1968. Elle a une formation d'employée de commerce. En dernier lieu, elle a travaillé depuis 1996 comme secrétaire médicale dans un laboratoire d'analyses médicales avec un salaire, en 2005, de 5'531 fr. Ce contrat a été résilié pour le 31 octobre 2005. Depuis le 9 juillet 2004, elle est en arrêt de travail total, à part une reprise de travail à 50 % du 16 août au 1^{er} septembre 2004. En septembre 2004, une adénomatose hépatique multiple est diagnostiquée. Le 6 avril 2005, elle subit une hépatectomie droite et une résection d'une tumeur nécrotique et hémorragique. Dans leur rapport du 18 mai 2005, les Drs L _____, M _____ et le Pr N _____ attestent que la patiente présente des suites post-opératoires simples et qu'elle quitte le service en bon état et afébrile au 9^{ème} jour post-opératoire pour un retour à domicile. Il y a une incapacité de travail du 5 avril au 15 mai 2005. Par demande reçue le 14 septembre 2005, l'intéressée requiert des prestations de l'assurance-invalidité. Dans son rapport du 23 novembre 2005, le Dr O _____ du Groupe médical du Petit-Lancy diagnostique une adénomatose hépatite multiple et un état dépressif. A titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, il mentionne une obésité sur trouble des conduites alimentaires, une stéatose hépatique, une atopie (eczéma, pollinose), un asthme, une gastrite et une hyperlipidémie mixte. Il signale une prise de poids depuis 1988 (80 kg) atteignant son maximum entre 1991 et 1994 (140 kg) et une prise en charge psychologique et diététique à l'Unité de nutrition des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) avec un succès moyen. La patiente s'est mariée en 1991 et a divorcé peu de temps après. En 2004, débute un état dépressif avec tristesse et ralentissement psychomoteur. Après l'intervention chirurgicale en avril 2005, elle présente toujours des douleurs abdominales. Le Dr O _____ indique en outre que l'adénomatose concerne l'ensemble du foie et que seul le lobe droit a été réséqué, de sorte que la maladie est toujours présente. En raison des douleurs, d'un affaiblissement général et d'un état dépressif, antérieur au licenciement de la patiente par son employeur mais aggravé par cette circonstance, la capacité de travail est nulle. La patiente souhaite pouvoir retrouver un status professionnel, mais comme le pronostic est réservé, elle a formé une demande de mesures professionnelles et d'une rente. Le traitement médical consiste en anti-dépresseurs, tranquillisants, antalgiques,

prokinétiques gastriques et un soutien psychologique. Dans son rapport du 13 juin 2006, le Pr P _____ du Service de chirurgie viscérale des HUG informe le Dr O _____ avoir vu sa patiente la veille en consultation. Elle lui a dit de ne pas avoir repris son travail en raison, dans un premier temps, de douleurs résiduelles, puis d'un licenciement. Elle allait relativement bien jusqu'à fin avril 2006. Depuis cette date, elle se plaint d'une fièvre persistante entre 38 et 39° chaque jour et de douleurs. A l'examen clinique, elle apparaît au Pr P _____ en assez bonne forme. Les examens de sang n'ont pas permis de constater un syndrome biologique inflammatoire. A l'examen du scanner et de l'IRM, ce chirurgien décèle des nodules d'adénomatose relativement importants dans le foie gauche, la plus grande faisant 5 cm. Il n'y a cependant pas de critères de malignité et aucun élément radiologique permet d'expliquer l'état fébrile et les douleurs. Si les adénomes devaient augmenter de volumes et présenter un risque pour la patiente, il faudra discuter de l'éventualité d'une transplantation du foie, décision très difficile s'agissant d'une jeune patiente porteuse de "tumeurs bénignes" mais avec un potentiel hémorragique ou de dégénérescence. Le 22 août 2006, le Dr O _____ informe l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) que sa patiente prend un traitement antalgique, antidépresseur et anxiolitique, de confort gastrique et contre la constipation. Dans son rapport d'examen du 31 octobre 2006, le Dr Q _____ du Service médical régional AI pour la Suisse romande (ci-après : SMR) estime que l'assurée est apte à reprendre une activité professionnelle depuis le 1^{er} novembre 2005, à savoir six mois après l'intervention chirurgicale. Par projet de décision du 3 novembre 2006, l'OCAI informe l'assurée qu'il a l'intention de lui octroyer une rente entière du 1^{er} septembre 2005 au 31 janvier 2006. Le 22 janvier 2007, le Dr O _____ renseigne le médecin-conseil de l'assurance-maladie de l'assurée. Il lui communique ce qui suit : "La maladie hépatique montre une progression faible de l'adénomatose et aucune pathologie n'est radiologiquement visible qui explique les douleurs abdominales de la patiente. On peut provisoirement conclure à un syndrome fonctionnel douloureux du type intestin irritable. L'état dépressif est la cause principale actuelle de l'incapacité de travail: après l'hépatectomie droite et les multiples investigations subies, la patiente est en état de régression sociale (elle vit chez son père, ayant renoncé à vivre seule). L'examen montre une perte d'intérêt, d'initiative et de plaisir, un pessimisme face à l'avenir, de la tristesse et des troubles de la concentration. Cet état dépressif se greffe sur un trouble anxieux préexistant avec obésité morbide sur trouble des conduites alimentaires. Elle pèse actuellement 114 kg (162 cm, BMI = 44) mais a pesé jusqu'à 140 kg. Il faut relever aussi les échecs affectifs avec un divorce et la perte de son emploi. J'ai encouragé ma patiente à se mettre à la recherche d'un emploi à temps partiel qui pourrait l'aider à retrouver une motivation à vivre mais je crains fort qu'elle ne puisse, dans son état, supporter les contraintes et frustrations inhérentes à un travail de salarié. Traitement actuel par Fluoxétine 40 mg/j, antalgiques. Réductil 15 mg/j. En ce qui concerne une prise en charge psychiatrique, la patiente a été longtemps prise en charge à l'Hôpital cantonal à l'unité des troubles de nutrition (Pr R _____) par une équipe multidisciplinaire (psychologue, diététicienne, médecin), sans qu'on aboutisse à un progrès significatif. Mais je vais lui faire la proposition de choisir un psychiatre." Le 30 mai 2007, le Dr O _____ informe l'OCAI que la patiente a chargé son père de trouver un psychiatre et que cette démarche est en cours. Le 6 septembre 2007, l'assurée fait l'objet d'une expertise bi-disciplinaire au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) à Nyon. Les Drs S _____, spécialiste en médecine interne, et T _____, psychiatre, notent dans leur rapport que la collaboration de l'assurée a été très moyenne. Elle a ainsi

refusé à répondre à pratiquement toutes les questions de la rubrique "Données personnelles et familiales", sans expliquer pourquoi, si ce n'est que cela ne concernait pas sa maladie et que cela ne regardait personne. Elle se pliait en outre de mauvaise grâce à l'exigence de l'examen clinique, refusant notamment un déshabillage complet ou la palpation de son abdomen. Il n'a pas non plus été possible d'utiliser un abaisse-langue et de palper les aires ganglionnaires. L'examen neurologique a dû être écourté par défaut de collaboration. Pendant l'examen psychiatrique, l'assurée est devenue de plus en plus oppositionnelle et l'expert met fin à l'entretien prématurément, suite aux réponses redondantes du type "cela ne regarde personne". Les médecins du COMAI diagnostiquent une adénomatoze hépatique et une obésité morbide, ce dernier diagnostic étant sans répercussion sur la capacité de travail. Les limitations sur le plan physique sont des douleurs abdominales, des épisodes répétés de vomissements, ainsi qu'un état fébrile intermittent. Ces troubles peuvent rendre compte d'un absentéisme itératif, sans cependant limiter clairement la capacité de travail. Sur le plan psychique et mental, aucune limitation n'a été constatée. L'expert psychiatre relève que la tonalité de base est relativement tonique et qu'il n'y a pas de troubles du langage. L'attention est bonne et aucune fatigabilité n'est perceptible. Dans la discussion des experts, il est relevé une discordance entre les résultats du dernier examen en juin 2007 et de la nécessité depuis peu d'adjoindre aux analgésiques et aux AINS un traitement conséquent de Tramal à 200 mg/jour et, depuis dix jours, un traitement morphinique par patch. Cliniquement, l'assurée présente un comportement algique inhabituel et des manifestations atypiques avec un substrat organique faiblement convaincant. L'importance de l'handicap n'est ainsi que modestement en relation avec le substrat organique mis en évidence. Ainsi, les experts estiment que la capacité de travail est totale avec une diminution de rendement de 20 % six mois après l'intervention chirurgicale, à savoir depuis novembre 2005. Dans les données subjectives, ils notent que, selon les dires de l'assurée, elle a fait une dépression en juin 2004, traitée par Fluoxétine. Il y a eu ensuite une amélioration et elle a repris le travail à 50 % pendant une semaine, puis à 100 %. Le 27 septembre 2004, elle a présenté des vomissements et douleurs brutales et une adénomatoze hépatique est alors diagnostiquée. Quant aux raisons qui l'ont principalement empêchée de travailler, elle indique avoir souffert de douleurs de l'hypocondre droite en permanence. Ces douleurs persistent à ce jour. En septembre 2005, elle est prête à reprendre ses activités professionnelles à 50 %. C'est alors que son employeur la licencie. L'état fébrile intermittent peut rester jusqu'à trois jours avec des températures jusqu'à 38,4°, sans altération de l'état général et sans perte de poids. La nature de ses états fébriles n'a pas été élucidée. Les vomissements alimentaires ou biliaires peuvent survenir dans n'importe quelle situation, indépendamment des repas et de l'effort. Ils se produisent environ une fois par mois. Quant aux douleurs abdominales, elles sont permanentes et ont apparues deux à trois semaines après l'intervention. Elles se situent sur une échelle de douleurs à 7/10, atteignant parfois 10/10. Dans la vie quotidienne et sociale, il est relevé que l'assurée se lève vers 9h30/10h00. Après son petit-déjeuner et sa toilette, elle sort faire une promenade d'un petit quart d'heure. Puis, elle s'adonne à des bricolages, à la peinture, au jardinage ou à l'entretien du ménage. Ces activités sont limitées par les vomissements. Dans la villa qu'elle habite avec son père, elle s'occupe du repassage et de la lessive. Elle se prépare à manger à midi et fait une sieste de deux heures dans l'après-midi. Puis, elle regarde la télévision, lit ou bricole. Le soir, elle prépare le souper pour elle et son père. Elle se couche entre 20h30 et 21h00 et dort habituellement sans interruption, sauf lorsqu'elle a des douleurs abdominales plus violentes. Elle ne sort pas, n'a pas d'autres loisirs, ni d'activités sportives. Une fois par semaine, elle voit une amie

d'enfance ou son frère, mais n'a pas d'autres amis. Sur le plan psychique, les plaintes de l'assurée restent très centrées sur les problèmes de foie. Elle dit toutefois se sentir déprimée, sans envie. Selon elle, les problèmes psychiques sont secondaires à sa maladie physique. Elle se sent par ailleurs très fatiguée et angoissée, notamment lorsqu'elle sort. Elle se fait dès lors toujours accompagner par son père, son frère ou une amie d'enfance. Elle prend un somnifère pour dormir. Quant à son surpoids, elle relate de l'avoir depuis l'enfance. Elle a accepté son obésité et n'arrive par ailleurs pas à perdre du poids. Se fondant sur cette expertise, l'OCAI octroie à l'assurée une rente entière du 1^{er} septembre 2005 au 31 janvier 2006, par décision du 5 février 2008. Par acte du 4 mars 2008, l'assurée recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière ou le renvoi de la cause à l'intimé, après qu'elle ait pu se déterminer sur l'expertise du COMAI. Elle conclut par ailleurs à ce qu'une comparution personnelle des parties et l'audition du Dr O_____ soit ordonnée. En premier lieu, elle se plaint de la violation du droit d'être entendu, dans la mesure où l'expertise du COMAI n'a pas été portée à sa connaissance. Quant au fond, elle se prévaut de ce qu'une incapacité de travail totale est toujours attestée par son médecin traitant et fait état de ses douleurs, sa fatigue extrême, des états fébriles et des vomissements. Elle souligne enfin le caractère évolutif de sa maladie qui présente un risque hémorragique élevé. Dans son préavis du 17 avril 2008, l'intimé conclut au rejet du recours. En ce qui concerne le grief de la violation du droit d'être entendu, il fait valoir que la recourante n'ignorait pas l'existence de l'expertise et qu'il lui était loisible de la lui demander. Quant au fond, elle s'est référée à sa décision dont est recours. Par réplique du 22 mai 2008, la recourante reprend ses précédentes conclusions principales. A titre préalable, elle conclut à ce qu'une contre-expertise sur le plan somatique et psychique soit ordonnée, en plus de la comparution personnelle des parties et de l'audition du Dr O_____. S'agissant du grief de la violation du droit d'être entendu, elle fait valoir que le Tribunal de céans ne possède pas le même pouvoir de cognition que l'intimé, dans la mesure où il ne peut pas revoir en opportunité la décision entreprise contrairement à l'intimé, de sorte qu'il y a lieu de lui renvoyer la cause. Elle relève que les experts ont totalement minimisé ses douleurs et les autres troubles, en particulier les vomissements, ainsi que leurs effets sur la reprise d'une éventuelle activité professionnelle. Sur le plan psychiatrique, l'expertise est inexistante. Quant à son manque de collaboration, elle explique qu'elle a de grandes difficultés à assumer ses problèmes psychiques et qu'elle ne s'était absolument pas sentie en confiance avec les experts. En ce qui concerne son histoire familiale, le sujet est trop douloureux. Elle estime dès lors qu'une nouvelle expertise psychiatrique doit être ordonnée. A l'appui de ses dires, elle produit copie du courrier du 22 mai 2008 du Dr O_____ à son mandataire. Après avoir pris connaissance de l'expertise du COMAI, ce médecin constate que la partie qui concerne la médecine interne est de bonne qualité du point de vue technique, mais que les conclusions du Dr S_____ sous-estiment gravement la souffrance de sa patiente. Une capacité de travail estimée à 100 % avec un rendement diminué de 20 % lui paraît irréaliste. Quant à la partie psychiatrique de l'expertise, le Dr O_____ relève qu'elle est très lacunaire et ne prend pas en compte l'essentiel de la pathologie psychique. Il y a ainsi lieu de la refaire. Le 10 juin 2008, le Dr U_____ du SMR se détermine sur la duplique et le courrier du 22 mai 2008 du Dr O_____. Il relève notamment que la recourante n'a pas bénéficié d'un suivi psychiatrique spécialisé. Or, il est à supposer que le médecin traitant l'aurait adressée à un spécialiste, en cas d'épisodes dépressifs sévères, résistant aux traitements. Il constate par ailleurs que lors de l'expertise, la recourante n'a pas présenté un abaissement de l'humeur,

une diminution de l'intérêt et du plaisir, dès lors qu'elle fait des bricolages et la cuisine, se détend en lisant et en regardant la télévision. Aucune réduction de l'énergie n'a non plus été observée. Par duplique du 17 juin 2008, l'intimé persiste dans ses conclusions, en se fondant notamment sur l'avis du SMR précité. Par écritures du 25 juin 2008, la recourante se détermine sur l'avis médical du SMR du 10 juin 2008. Elle relève que le SMR reconnaît implicitement la nécessité d'une nouvelle expertise et s'engage à collaborer à une nouvelle expertise tant psychique que somatique. S'agissant de la question de l'existence d'un trouble dépressif, elle rappelle qu'elle a 39 ans, qu'elle vit seule avec son père, qu'elle n'a que peu de relations sociales, ne sort que rarement chez elle et a comme seules activités le bricolage, la lecture et le jardinage. Par courrier du 27 juin 2008, le Tribunal de céans informe les parties qu'il a l'intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire et de la confier au Dr V _____, psychiatre à Colombier/Neuchâtel. Il leur communique également la liste des questions à poser à l'expert. Par courrier du 20 août 2008, la recourante fait savoir au Tribunal de céans, par l'intermédiaire de son conseil, qu'elle n'a pas d'objection quant au choix de l'expert. Toutefois, "les questions N° 9 et 10 lui posent problème dans la mesure où elles suggèrent une avance de diagnostic possible alors même que le recours à un expert a justement pour but d'apporter un éclairage sur des questions techniques auxquelles un Tribunal ne peut répondre". Elle souhaite ainsi que ces questions soient reformulées. Dans son avis médical du 16 juillet 2008, le Dr U _____ du SMR ne conteste pas le choix de l'expert et juge pertinentes les questions à poser à celui-ci. Dans sa détermination du 29 août 2008, l'intimé reprend les termes de l'avis médical précité. EN DROIT Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA), l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; ATFA non publié du 19 mars 2004, I 751/03 consid. 3.3, RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le

diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une co-morbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in : *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77). En l'espèce, il convient de constater que l'expertise psychiatrique n'a en réalité pas pu être réalisée, dans la mesure où la recourante a totalement manqué de collaboration. Néanmoins, à l'examen du dossier, il appert que la recourante est vraisemblablement atteinte dans sa santé psychique. En effet, le Dr O_____ a relevé, dans son courrier du 22 janvier 2007 au médecin-conseil de l'assurance-maladie, que l'état dépressif était la cause principale de l'incapacité de travail. Il a également fait état d'une régression sociale. A cela s'ajoutait un trouble anxieux, une obésité morbide sur trouble des conduites alimentaires. Ces affections étaient préexistantes au diagnostic de l'adénomatose hépatique. Par ailleurs, selon ce médecin, les symptômes d'un état dépressif étaient présents et empêchaient vraisemblablement l'assurée de supporter les contraintes et frustrations inhérentes à un travail de salarié. Il est en outre inexact que la recourante n'a pas bénéficié d'un suivi psychiatrique, dans la mesure où elle a été longtemps prise en charge à l'Unité des troubles de nutrition par une équipe multidisciplinaire, comprenant également un psychologue et un médecin, sans succès cependant. A cela s'ajoute un retrait social important, comme cela résulte de l'expertise du COMAI, l'assurée ne sortant plus et n'ayant des contacts qu'avec son père, son frère et une amie. Enfin, elle semble être très angoissée, dans la mesure où elle ne peut plus sortir de chez elle non accompagnée. Au vu de ces circonstances, il paraît indispensable de procéder à une nouvelle expertise psychiatrique. Quant aux atteintes somatiques, le Dr O_____ a relevé que l'expertise médicale était satisfaisante du point de vue technique. Certes, il estime que l'expert a sous-estimé les douleurs et la souffrance de la recourante. Cela tient toutefois au fait que l'expert s'est fondé sur les constatations objectives. Le cas échéant, il convient d'admettre un trouble somatoforme douloureux persistant, diagnostic qui devrait être posé par un psychiatre. Il appartiendra ensuite éventuellement au Tribunal de céans d'examiner si les critères jurisprudentiels pour reconnaître un caractère invalidant à un tel trouble sont réalisés. Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans estime qu'il n'y a pas

lieu de reformuler les questions N° 9 et 10, dans la mesure où elles ont précisément trait aux critères élaborés par la jurisprudence précités. *** PAR CES MOTIFS LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : A. Ordonne une expertise judiciaire médicale. B. La confie au Dr V_____. C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante : Prendre connaissance du dossier médical de Mme G_____. Examiner personnellement l'expertisée. Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'intéressée, en particulier des médecins traitants. S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant. Etablir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes : Quel diagnostic posez-vous, sur le plan psychiatrique, dans une classification internationale reconnue ? Sur le plan psychiatrique, quelles limitations fonctionnelles présente l'expertisée ? Compte tenu de ces limitations sur le plan psychiatrique, quelle est sa capacité de travail ? Quelle a été l'évolution de sa capacité de travail depuis 2004 ? Subit-elle une diminution du rendement à cause des limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique ? Le traitement médical est-il adéquat ? Quelle est la compliance ? Par quels traitements l'état de santé de l'expertisée pourrait-il être amélioré ? Si vous deviez avoir diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux persistant, l'éventuelle comorbidité psychiatrique diagnostiquée doit-elle être qualifiée d'importante par sa durée et son acuité ? L'expertisée présente-t-elle un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profil primaire - de la maladie, fuite dans la maladie) ? Constatez-vous une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé ? Quel est votre pronostic ? Quelles autres observations avez-vous éventuellement à ajouter ? D. Invite le Dr V_____ à déposer le plus rapidement possible un rapport en deux exemplaires au Tribunal de céans. E. Réserve le fond. La greffière Claire CHAVANNES La présidente Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt 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.