

# **GE\_GERICHTE A/978/2017 vom 7. November 2017**

GE Cour de justice, 2017-11-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_978\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_978_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/978/2017 du 7 novembre 2017

IT: GE\_GERICHTE A/978/2017 del 7 novembre 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

### **E. 2**

Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

### **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). 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). 11. a) 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).!

b) 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 LPG), 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. A 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).

c) 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. 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).

d) 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 œuvre 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). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive

sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail n'est plus du tout ou seulement partiellement exigible de sa part. On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 652/04 du 3 avril 2006 consid. 2.3). e) Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2 bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). f) Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). g) 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). 12. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). 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 œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, 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; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).!

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). 13. En l'espèce, il ressort du rapport de la Dresse K\_\_\_\_\_ du 2 février 2017 que la requérante présente des douleurs diffuses dont une partie est d'allure inflammatoire, respectivement liée à une polyarthrite séronégative, et l'autre est en lien avec une fibromyalgie et un état dépressif.!

Dans un avis du 20 octobre 2015, le médecin SMR indique qu'il a évalué à 50 % la capacité de travail de la requérante dans une activité adaptée et à 0 % celle dans l'activité habituelle de nettoyeuse, sur la base des réponses de la Dresse K\_\_\_\_\_ du 7 août 2015. Puis, dans un nouvel avis du 13 avril 2017, le médecin SMR explique qu'il a évalué globalement la capacité de travail de la requérante en tenant compte de l'avis de ses médecins traitants, notamment de la spécialiste en immunologie. Autrement dit, il apparaît qu'il n'a retenu que le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séronégative pour apprécier la capacité de travail de la requérante, puisque cette affection fait seule l'objet de la consultation auprès de l'unité d'immunologie des HUG, alors que la requérante souffre également d'une fibromyalgie et de troubles psychiques qui n'ont pas été évalués par ladite unité, mais seulement évoqués par celle-ci. Pour finir, dans sa duplique, l'intimé soutient que le SMR a tenu compte de tous les rapports médicaux pour évaluer la capacité de travail de la requérante dans une activité adaptée, ce qui sous-entend qu'il s'est également basé sur les expertises des Drs J\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_. Contrairement à ce que soutient la requérante, le fait que l'intimé ait fondé son appréciation sur des expertises ordonnées par l'assureur perte de gain n'a pas d'incidence sur leur valeur probante. En effet, si la jurisprudence a établi des directives sur l'appréciation de certaines formes de rapports ou d'expertises médicaux (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et la référence), elle n'a jamais entendu créer une hiérarchie rigide entre les différents moyens de preuve disponibles. L'appréciation d'une situation médicale déterminée ne saurait se résumer à trancher, sur la base de critères exclusivement formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant d'apprécier la portée d'un document médical, seul en définitive le contenu matériel de celui-ci permet de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical ne saurait ainsi être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur. De même, le simple fait qu'un certificat médical est

établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante; une expertise privée peut également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_575/2015 du 23 mars 2016 consid. 5.2 et la référence). Toutefois, ces expertises n'ont pas de valeur probante pour d'autres raisons. En effet, l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_ se base sur une prémisse erronée, à savoir que le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde n'est que possible et qu'il n'existe aucun argument radioclinique et biologique pour le confirmer, alors que tant les examens postérieurs que les effets cliniques lors de traitements anti-inflammatoires ont confirmé ce diagnostic. En outre, elle ne repose pas sur un dossier complet, puisqu'elle ne tient compte que des quelques rapports médicaux transmis par l'assureur perte de gain, sans avoir eu à disposition le dossier médical de l'intimé, notamment les rapports de l'unité d'immunologie des HUG. Quant au rapport d'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ du 21 mai 2015, il se fonde également sur un dossier incomplet puisque le dossier transmis par l'assureur perte de gain ne comporte pas le dossier médical de l'intimé, respectivement les rapports du Dr E\_\_\_\_\_, psychiatre traitant. Par ailleurs, il évalue la capacité de travail de la recourante sur la base des anciens critères jurisprudentiels en matière de fibromyalgie. Or, une nouvelle jurisprudence ou un changement de celle-ci s'appliquent immédiatement et vaut pour les cas futurs, ainsi que pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment de l'adoption de la nouveauté ou du changement ( ex nunc et pro futuro ; ATF 140 V 154 consid. 6). A fortiori, une nouvelle jurisprudence s'applique immédiatement lorsqu'elle intervient avant le prononcé de la décision. Par conséquent, la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral de l'ATF 141 V 281 doit être prise en considération pour résoudre le présent litige, étant précisé que le rapport d'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ ne permet pas une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants (cf. ATF 141 V 281 consid. 8). En effet, il n'est pas possible de se faire une idée précise de l'interaction entre les troubles psychiques, la fibromyalgie et la polyarthrite rhumatoïde diagnostiqués par les experts et la Dresse K\_\_\_\_\_, des indications précises sur le développement et la structure de la personnalité de la recourante faisant défaut. Il n'est pas davantage possible de déterminer si les ressources personnelles de la recourante sont diminuées par l'existence de comorbidités psychiatriques et somatiques justifiant la reconnaissance de limitations fonctionnelles puisque le rapport d'expertise ne contient aucune indication sur les ressources de la recourante et sa capacité à les mobiliser, au regard d'éventuelles limitations des niveaux d'activités dans les domaines comparables de la vie. Il n'aborde pas davantage les fonctions complexes du Moi, notamment le contrôle des affects. Il manque également dans l'appréciation du Dr L\_\_\_\_\_, des éléments suffisants pour se faire une idée sur la cohérence, du point de vue du comportement. De plus, ces expertises ont été mises en œuvre séparément et à trois mois d'intervalle. Par conséquent, il ne s'agit pas d'une expertise interdisciplinaire permettant de tenir compte tant des aspects rhumatologiques et psychiques telle que le requière la jurisprudence en matière de fibromyalgie lorsque les nombreux spécialistes consultés ne sont pas parvenus à poser un diagnostic clair et précis (ATF 132 V 65 consid. 4.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 2.2; arrêt du Tribunal fédéral de assurances I 652/04 du 3 avril 2006 consid. 2.3). Aussi, au vu de leurs lacunes et défauts, le SMR ne pouvait pas tenir compte de ces rapports d'expertise pour apprécier la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. De plus, faute de reposer sur une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique, son évaluation n'a pas de valeur probante.

14. 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). En l'espèce, au vu de l'absence de valeur probante des deux rapports d'expertise et faute d'une expertise pluridisciplinaire rhumatologique et psychiatrique réalisée selon les nouveaux critères jurisprudentiels - qui s'imposait d'autant plus que les nombreux spécialistes consultés ne sont pas parvenus à poser un diagnostic clair et précis -, l'intimé aurait dû procéder à des investigations complémentaires au niveau médical, ce qu'il n'a pas fait, de sorte que son instruction de l'état de fait est lacunaire. Par conséquent, même si le renvoi à l'intimé serait justifié au vu de cette situation, toutefois, pour économie de procédure, il convient d'ordonner une expertise judiciaire tri-disciplinaire de médecine interne, de rhumatologie et de psychiatrie. Enfin la mission d'expertise sera complétée avec les questions proposées par la recourante. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement 1. Ordonne une expertise psychiatrique et rhumatologique de Madame A\_\_\_\_\_. 2. Commet à ces fins les docteurs R\_\_\_\_\_, FMH médecine interne, S\_\_\_\_\_, FMH rhumatologie et T\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie. 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 entourés de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes; d) si nécessaire, ordonner d'autres examens. 4. Charge chacun des experts d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes : 1. Anamnèse détaillée. 2. Plaintes et données subjectives de l'assurée. 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 ? ![/endif]>![if> 14. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne,![endif]>![if> a) dans l'activité habituelle ![endif]>![if> b) dans une activité adaptée.![endif]>![if> 15. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée, en pourcent,![endif]>![if> a) dans l'activité habituelle ![endif]>![if> b) dans une activité adaptée.![endif]>![if> 16. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution.![endif]>![if> 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.![endif]>![if> 18. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.![endif]>![if> 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. ![endif]>![if> 20. 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.![endif]>![if> 21. Formuler un pronostic global.![endif]>![if> 22. Toute remarque utile et proposition des experts.![endif]>![if> 5. S'agissant plus particulièrement des troubles psychiques, charge l'expert psychiatre de répondre également aux questions suivantes :![endif]>![if> 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 ? 6. i) S'agissant de la sphère ménagère, veuillez mentionner l'impact de chaque diagnostic posé sur la capacité de l'assurée à tenir son ménage, en particulier s'agissant des domaines suivants :![endif]>![if> a) Conduite du ménage (planification/organisation/répartition du travail/contrôle);![endif]>![if> b) Alimentation (préparation/cuisson/service/travaux de nettoyage de la cuisine/provisions);![endif]>![if> c) Entretien du logement (épousseter/passé l'aspirateur/entretenir les sols/nettoyer les vitres/faire les lits);![endif]>![if> d) Emplettes et courses diverses (poste/assurances/services officiels);![endif]>![if> e) Soins aux enfants ou aux autres membres de la famille;![endif]>![if> f) Divers (soins infirmiers/entretien des plantes et des jardins/garde des animaux domestiques/confection de vêtements/activité d'utilité publique/formation complémentaire/création artistique.![endif]>![if> ii) Pour le cas où les experts devraient parvenir à la conclusion que l'assurée conserve une capacité de travail partielle sur le plan professionnel, que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée, veuillez indiquer si en cas de mise effective en valeur d'une telle capacité, il en découlerait des répercussions plus importantes sur l'activité de tenue du ménage ? Si oui, dans quelle mesure et pour quelle activité ménagère spécifique ? 7. Invite les experts à faire une appréciation consensuelle du cas s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre-elles, notamment

l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.![endif]>![if> 8. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.![endif]>![if> 9. Réserve le fond.![endif]>![if> La greffière Julia BARRY La présidente Valérie MONTANI 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.