

# **GE\_GERICHTE ATAS/262/2023 vom 14. April 2023**

GE Cour de justice, 2023-04-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_262\\_2023](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_262_2023)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/262/2023 du 14 avril 2023

IT: GE\_GERICHTE ATAS/262/2023 del 14 aprile 2023

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

A/2090/2022 - 6/17 -

### **E. 2**

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

### **E. 3**

novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706). En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence). Le nouveau droit est applicable à toutes les rentes qui prennent naissance à partir du 1er janvier 2022 (ch. 9100 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité - CIRAI, état au 1er janvier 2022 CIRAI). En l'occurrence, la décision querellée porte sur le droit du recourant à l'octroi d'une rente qui pourrait être née postérieurement au 31 décembre 2021, dès lors qu'il invoque une atteinte psychique, en plus de son atteinte rhumatologique, diagnostiquée le 9 février 2021, selon le rapport établi le 23 novembre 2021 par le Dr F\_\_\_\_\_, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

#### **E. 3.2**

et les références; ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux

contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni

A/2090/2022 - 11/17 - son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

#### **E. 4**

Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'intimé, plus particulièrement sur la question de savoir si son incapacité de travail ou son invalidité se sont aggravées depuis la dernière décision entrée en force de l'intimé.

##### **E. 4.1**

Avec répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition)

##### **E. 4.2**

Sans répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition)

##### **E. 4.3**

Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

##### **E. 4.4**

Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?

##### **E. 4.5**

Les plaintes sont-elles objectivées ?

##### **E. 4.6**

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

A/2090/2022 - 15/17 - médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

##### **E. 4.7**

Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

##### **E. 4.8**

Dans l'ensemble, le comportement de l'assuré vous semble-t-il cohérent ? 5. Quelles sont les limitations fonctionnelles ? Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic psychiatrique (en mentionnant leur date d'apparition) :

##### **E. 5.1**

Dans l'activité habituelle,

## **E. 5.2**

Dans une activité adaptée.

## **E. 5.3**

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'assuré).

### **E. 5.3.1**

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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 28), car celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7). Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est

A/2090/2022 - 8/17 - accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

### **E. 5.3.2**

Il convient dorénavant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources), à l'aide des indicateurs développés par le Tribunal fédéral suivants : 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. 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. Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la 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. La présence de comorbidités ou troubles concomitants est un indicateur à prendre en considération en relation avec le degré de gravité fonctionnel (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_650/2019 du 11 mai 2020 consid. 3.3 et la référence). On ne saurait toutefois inférer la réalisation concrète de l'indicateur "comorbidité" et, partant, un indice suggérant la gravité et le caractère invalidant de l'atteinte à la santé, de la seule existence de maladies psychiatriques et somatiques concomitantes. Encore faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assuré de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 et la référence). Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble avec l'ensemble des pathologies concomitantes. La comorbidité psychique 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 psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes.

A/2090/2022 - 9/17 - Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité. Il convient ensuite 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. Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles ne doivent 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 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. Il s'agit, encore, 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 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. Il faut examiner ensuite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique 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.

### **E. 5.3.3**

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. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

A/2090/2022 - 10/17 - Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les difficultés décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2).

### **E. 5.4**

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 ? 6. Traitement

### **E. 5.5**

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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 (ATF 140 V 193 consid.

### **E. 5.6**

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

### **E. 5.7**

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). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

### **E. 5.8**

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I

A/2090/2022 - 12/17 - 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

### **E. 6**

En l'espèce, la première question qui se pose est de déterminer si la capacité de travail ou le taux d'invalidité du recourant a subi une modification notable au sens de l'art. 17 LPGA depuis la dernière décision entrée en force de l'intimé du 24 septembre 2020, laquelle lui refusait tout droit à des prestations de l'assurance- invalidité. Dans son rapport du 21 novembre 2021, le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que du fait de l'intrication entre les pathologies psychiatriques et somatiques du recourant, il ne lui était pas possible de fixer sa capacité de travail dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles. Le recourant avait des limitations psychologiques secondaires, notamment une pathologie anxieuse, qui réduisaient le périmètre d'activité, rendaient insécures les actions quotidiennes et entraînaient un ralentissement. Il alléguait en outre des troubles cognitifs. Il résulte de ce rapport que l'état de santé du recourant semble s'être aggravé depuis la dernière décision entrée en force de l'intimé, puisqu'un nouveau diagnostic psychiatrique a été posé à son sujet par le Dr F\_\_\_\_\_. Le SMR a exclu une telle aggravation, retenant qu'il ressortait du rapport du Dr F\_\_\_\_\_ que le trouble anxio-dépressif du recourant était essentiellement lié à l'atteinte somatique et qu'il n'était pas incapacitant en soi, en relevant

que le recourant n'avait pas de traitement par psychotropes. Cette appréciation du SMR n'est pas convaincante. Il ne pouvait retenir sur la base du rapport précité du Dr F\_\_\_\_\_ que l'état de santé du recourant ne s'était pas aggravé. En effet, ce médecin indiquait surtout que, du fait de l'intrication avec les pathologies somatiques, il ne lui était pas possible de fixer la capacité de travail dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, ce qui n'excluait pas une aggravation de son état, pas plus le fait que le recourant ne bénéficiait pas d'un traitement psychotrope. L'évaluation de la capacité de travail doit se faire par un psychiatre, en tenant compte des indicateurs d'exigibilité d'une activité professionnelle développés par le Tribunal fédéral en cas de trouble psychique et de manière globale en tenant compte de l'interaction des atteintes psychiques et somatiques. Il en résulte que l'intimé aurait dû compléter l'expertise somatique par un examen psychiatrique, afin que la capacité de travail du recourant fasse l'objet d'une appréciation consensuelle par des experts rhumatologue et psychiatre. Dans la mesure où l'expertise rhumatologique n'est pas contestée, il n'y a pas lieu de faire procéder à un nouvel examen du recourant par un expert rhumatologue, mais il est nécessaire de faire procéder à une expertise psychiatrique.

A/2090/2022 - 13/17 -

**E. 6.1**

Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?

**E. 6.2**

L'assuré a-t-il fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? Qualifier la compliance ?

**E. 6.3**

Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?

**E. 6.4**

Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?

**E. 6.5**

Nécessitent-ils un traitement psychotrope ?

**E. 6.6**

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'assuré à reconnaître sa maladie ou à une autre raison ?

**E. 7**

Ressources

**E. 7.1**

De quelles ressources mobilisables l'assuré dispose-t-il ?

A/2090/2022 - 16/17 -

**E. 7.2**

Est-ce que l'assuré présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?

**E. 7.3**

Si oui, quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation (motivez votre position) ?

**E. 7.4**

Quel est le contexte social ? L'assuré peut-il compter sur le soutien de ses proches ?

**E. 7.5**

Les éventuels différents diagnostics psychiatriques retenus et/ou les diagnostics rhumatologiques posés par le Dr G\_\_\_\_\_ dans son rapport du 15 mars 2022, entrant en interaction, privent-ils l'assuré de certaines ressources ?

**E. 8**

Capacité de travail

**E. 8.1**

Mentionner les conséquences des diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assuré du point de vue psychiatrique, en pourcent : a) dans l'activité habituelle, b) dans une activité adaptée.

**E. 8.2**

Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, indiquer l'évolution de son taux en datant les changements.

**E. 8.3**

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

**E. 8.4**

Si une diminution de rendement est retenue, celle-ci est-elle déjà incluse dans une éventuelle réduction de la capacité de travail ou vient-elle en sus ?

**E. 8.5**

Serait-il possible d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales ? Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.

**E. 8.6**

Quelle est la capacité de travail globale de l'assuré ? a) dans l'activité habituelle, b) dans une activité adaptée.

**E. 9**

Appréciation des avis médicaux du dossier

A/2090/2022 - 17/17 -

**E. 9.1**

Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et la capacité de travail retenus par le Dr F \_\_\_\_\_ dans son rapport du 21 novembre 2021 ? pour quels motifs ?

**E. 9.2**

Êtes-vous d'accord avec les conclusions du SMR du 20 janvier 2022 pour quels motifs ?

**E. 10**

Faire toute remarque et proposition utiles.

5. Invite l'expert à déposer, dans les trois mois dès réception de la mission d'expertise, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans. 6. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

Isabelle CASTILLO

La présidente

Catherine TAPPONNIER

Une copie de la présente ordonnance 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.