

# GE\_GERICHTE ATAS/26/2024 vom 18. Januar 2024

GE Cour de justice, 2024-01-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_26\\_2024](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_26_2024)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/26/2024 du 18 janvier 2024

IT: GE\_GERICHTE ATAS/26/2024 del 18 gennaio 2024

## Erwägungen

### E. 7

octobre 2022, qu'ils ne comportaient pas de nouvel élément objectif remettant en question les conclusions précédentes ou rendant vraisemblable une aggravation de l'état de santé. Le problème de l'épaule était déjà connu de l'expert rhumatologue en 2021. Celui-ci n'avait cependant pas retenu ce diagnostic comme incapacitant en raison d'un examen clinique objectivement normal, ce qui était d'ailleurs confirmé par le Dr J\_\_\_\_\_. Le SMR considérait cependant que les limitations fonctionnelles consécutives à l'atteinte à l'épaule devaient être précisées comme suit : pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de travail avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, pas de mouvements extrêmes répétitifs de l'épaule gauche. L'activité habituelle de « secrétaire/réceptionniste » était tout-à-fait adaptée à ces limitations fonctionnelles qui recouvraient d'ailleurs celles retenues par le SMR pour le problème cervical. Enfin, toujours selon le SMR, la nouvelle IRM lombaire ne mettait pas en évidence d'aggravation et l'ENMG ne relevait toujours pas d'atteinte radiculaire. c. La recourante a répliqué le 11 novembre 2022, relevant que des indices concrets mettaient en cause la fiabilité de l'expertise dont les constats et diagnostics retenus témoignaient d'une orientation de principe visant à disqualifier la nature et l'importance des atteintes à la santé présentées par la recourante, cela tant sur le plan rhumatologique que psychiatrique. Les atteintes à la santé et leurs conséquences sur la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle de secrétariat avaient ainsi été évaluées arbitrairement. d. Par courrier du 14 décembre 2023, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une mission d'expertise rhumatologique et psychiatrique à la doctoresse K\_\_\_\_\_ psychiatre et au docteur L\_\_\_\_\_, rhumatologue et leur a communiqué les questions qu'elle soumettrait à l'expert. e. Par pli du 11 janvier 2024, l'intimé a indiqué s'opposer à la mise en place d'expertise judiciaire, aucun élément ne permettant de remettre en question la valeur probante de l'expertise du M\_\_\_\_\_. Il a précisé que si la chambre de céans persistait dans son intention d'ordonner une telle expertise, il n'avait pas de

A/2878/2022 - 7/29 - motif de récusation à l'encontre des experts annoncés, ni de questions complémentaires à leur soumettre. f. Le 15 janvier 2024, la recourante a exposé ne pas avoir de motif de récusation ni de questions ou observations complémentaires. 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 - 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. 2.

2.1 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA a contrario). 2.2 Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705). En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est, en principe, 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). En l'occurrence, la décision querellée concerne un éventuel droit à une rente d'invalidité postérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur. 3. 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. 4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'appréciation de sa capacité de travail. 5. 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). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités

A/2878/2022 - 8/29 - 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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). 6.

6.1 A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Une rente n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1 bis et 1 ter n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1 bis LAI). 6.2 Selon la jurisprudence, si l'assuré peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité, l'allocation d'une rente d'invalidité à l'issue du délai d'attente (cf. art. 28 al. 1 LAI), n'entre en considération que si l'intéressé n'est pas, ou pas encore, susceptible d'être réadapté professionnellement en raison de son état de santé (principe dit de la priorité de la réadaptation sur la rente ; ATF 121 V 190 consid. 4c). La preuve de l'absence de capacité de réadaptation comme condition à l'octroi d'une rente d'invalidité doit présenter un degré de vraisemblance prépondérante. Dans les autres cas, une rente de l'assurance- invalidité ne peut être allouée avec effet rétroactif que si les mesures d'instruction destinées à démontrer que l'assuré est susceptible d'être réadapté ont révélé que celui-ci ne l'était pas (ATF 121 V 190 consid. 4d ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_551/2021 du 14 juillet 2022 consid. 2.2 et les références).

### **E. 7.1**

Est-ce que la personne expertisée présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel ? Quel code ?

### **E. 7.2**

Est-ce que la personne expertisée présente des traits de la personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ?

### **E. 7.3**

Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ?

### **E. 7.4**

La personne expertisée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ? 8. Ressources 8.1 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur le plan somatique ?

A/2878/2022 - 28/29 - 8.2 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur les plans : a) psychique b) mental c) social et familial. En particulier, la personne expertisée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ? 9. Capacité de travail 9.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic. 9.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ? 9.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? 9.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite/ nulle ? 9.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ? 9.3.1 Si non, ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? 9.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ? 9.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer. 9.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis 2019 ? 9.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ? 9.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ? 10. Traitement 10.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation. 10.2 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?

A/2878/2022 - 29/29 - 10.3 En cas de prise de traitement médicamenteux, soit antalgique, soit psychotrope, pouvez-vous vérifier la compliance ou la biodisponibilité à l'aide d'un dosage sanguin ? 10.4 En cas de refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie, cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la personne expertisée à reconnaître sa maladie ou ce refus s'inscrit-il dans les conséquences de dite maladie ? Cas échéant, merci de développer votre réponse. 10.5 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée. 11. Appréciation d'avis médicaux du dossier 11.1 Êtes-vous d'accord avec les conclusions de la Dre G\_\_\_\_\_ et l'évaluation consensuelle figurant dans l'expertise du M\_\_\_\_\_ du 29 octobre 2021 ? En particulier concernant les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles et l'estimation de la capacité de travail et de rendement ? Si non, pourquoi ? 11.2 Êtes-vous d'accord avec les avis du Dr C\_\_\_\_\_, notamment des

## **E. 12**

A/2878/2022 - 18/29 -

### **E. 12.1**

En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur l'expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) établie par le M\_\_\_\_\_ le 29 octobre 2021 pour rendre la décision querellée refusant l'octroi d'une rente d'invalidité à la recourante. Il a conclu que l'intéressée pouvait exercer son activité habituelle de secrétariat à 100% depuis 2012 moyennant une baisse de rendement de 20%. La recourante conteste la valeur probante du rapport d'expertise et conséquemment les conclusions qui en sont tirées par l'intimé quant à sa capacité de travail.

### **E. 12.2**

L'expertise comporte une appréciation médicale par chacun des experts, fondée sur une anamnèse détaillée, sur le dossier médical (dont les différents éléments sont listés), ainsi que sur un examen médical de l'intéressé. Les plaintes de l'intéressé y figurent également. Chaque expert clôt en outre la partie relative à sa spécialité par des conclusions qu'il motive. Enfin, le rapport comporte une partie intitulée « évaluation consensuelle », faisant la synthèse des appréciations des différents médecins.

### **E. 12.3**

La chambre de céans relève cependant qu'au-delà de ces aspects formels, l'expertise comporte plusieurs lacunes de fond qui la rendent peu convaincante.

#### **E. 12.4.1**

Ainsi, sur le plan rhumatologique tout d'abord, l'expert retient les diagnostics incapacitants de cervicalgie sans irradiation neurologique objective sur discopathie et de lombalgie sans irradiation neurologique objective sur discopathie. Il retient également un diagnostic de fibromyalgie qu'il estime cependant non incapacitante « étant donné les ressources de l'expertisée et l'absence de comorbidité ».

#### **E. 12.4.2**

Les ressources de la recourante semblent pourtant largement surévaluées. L'expert fait état d'un quotidien autonome et d'une insertion sociale pratiquement normales, alors qu'il ressort directement de l'expertise que l'intéressée est très isolée socialement, vit seule et n'a de contacts : qu'avec ses enfants qu'elle voit environ une fois par mois et qu'elle appelle plus régulièrement, avec sa famille en Egypte à qui elle écrit sur whatsapp, ainsi qu'avec une amie qu'elle voit rarement (du fait qu'elle n'aime pas sortir), mais avec qui elle a des contacts réguliers (p.8). En outre, elle ne voyage plus depuis son retour en Suisse en 2018 et ne semble pas avoir de loisirs ni d'occupations (p.17), à part faire quelques promenades, s'asseoir sur un banc devant chez elle dans la nature ou s'allonger sur le canapé et regarder la télévision (p.9). Elle ne fait pas de sport, peine à tenir un livre à cause de ses douleurs et se souvient s'être baignée à une reprise en piscine chaude et l'avoir apprécié (p. 17), sans avoir pour autant renouvelé l'expérience. L'eau de la douche lui fait du bien (p.9). Elle sort de moins en moins, car elle n'aime pas le bruit et préfère le calme (p.9). Concernant son quotidien et sa journée type, la recourante ne mange que le soir et ne se prépare donc qu'un repas par jour. Elle semble passer l'essentiel de son

A/2878/2022 - 19/29 - temps allongée sur le canapé à regarder la télévision et sort de moins en moins car elle n'aime pas le bruit (p.9). Quant aux diverses tâches ménagères, elle

explique ne pouvoir faire qu'une tâche par jour, à son rythme (p.8) et ce malgré que l'appartement soit petit (2,5 pièces) et, partant, facile à nettoyer. Elle transporte ses courses et son linge (jusqu'à la buanderie) à l'aide d'un chariot qu'elle met dans l'ascenseur (p.8). En outre, la recourante qui n'a plus jamais travaillé depuis l'opération de 2012 a indiqué explicitement lors de l'examen rhumatologique qu'elle avait depuis lors une douleur lombaire avec une irradiation dans le membre inférieur gauche jusqu'au pied ainsi qu'une douleur thoracique antérieure toujours à gauche, avec une sensation de diminution de la force dans le membre supérieur gauche l'empêchant de marcher, piétiner ou s'asseoir plus de quinze minutes (p.7). Ces affirmations sont largement concordantes avec celles réalisées auprès de l'experte psychiatre à qui elle a expliqué que depuis 2012, elle ne peut plus rester debout plus de dix minutes et que si elle reste assise elle a le dos qui se bloque et cela lui donne de la migraine (p. 16). Ces éléments ne permettent pas de comprendre que l'expert rhumatologue retienne qu'après l'opération de 2012, la récupération de l'intéressée a été a priori bonne et l'expertisée a pu à nouveau fonctionner normalement (p.7). Cette conclusion n'est d'ailleurs pas motivée. Globalement, les plaintes de la recourante ne sont pratiquement pas prises en comptes, les obstacles auxquelles elle est confrontée sont minimisées et ses ressources sont surévaluées. Ces éléments rendent peu convaincantes les conclusions de l'expert, notamment quant au caractère incapacitant de la fibromyalgie et de manière plus générale quant à l'évaluation de la capacité de travail.

#### **E. 12.4.3**

Enfin et surtout, l'absence de comorbidité (p.12) retenue par l'expert rhumatologue pour écarter le caractère incapacitant de la fibromyalgie n'est pas convaincante au vu des différentes atteintes constatées par les experts eux-mêmes. Elle l'est d'autant moins qu'elle ne fait, à nouveau, l'objet d'aucune motivation. Les interactions entre les différents troubles concomitants psychiques ou physiques ne sont pas du tout examinées, pas plus que la mesure dans laquelle ils privent l'intéressée de certaines ressources. La partie consensuelle de l'expertise ne remédie pas à cette carence (cf. ci-après :12.6), manifestement incompatible avec les critères jurisprudentiels posés par l'ATF 141 V 281.

#### **E. 12.4.4**

Au vu de ces lacunes importantes, l'appréciation des conséquences fonctionnelles des différentes atteintes par l'expert rhumatologue n'est pas probante.

#### **E. 12.5**

A/2878/2022 - 20/29 -

##### **E. 12.5.1**

Au niveau psychiatrique, les explications de l'experte psychiatre apparaissent pour le moins confuses. Elle écarte ainsi notamment le diagnostic de dépression anxieuse récurrente posé par le psychiatre traitant, faute d'avoir constaté lors de l'examen un ralentissement psychomoteur ou un trouble de l'attention, de la concentration ou de la mémoire (p.20). Cette analyse est surprenante dans la mesure où l'examen et les dires de l'expertisée elle-même (que la Dre G \_\_\_\_\_ évalue crédibles et plausibles, p. 20), concernant notamment le déroulement de ses journées laissent apparaître des symptômes tels que : ralentissements, asthénie, perte de l'élan vital, douleurs chroniques et perte d'appétit. L'experte reconnaît en outre que la recourante est diminuée par un « état anxieux permanent » (p. 20). Les rapports circonstanciés du Dr C \_\_\_\_\_ font également état de symptômes tels que la tristesse, le pessimisme, l'absence de moments de plaisir, un état d'épuisement, une

fragilité psychologique généralisée, une concentration limitée, une tendance à s'isoler et des facultés mnésiques sujettes à perturbation, notamment en contexte émotionnel. Sans vouloir s'ériger en expert, la chambre de céans relève que ces éléments semblent tous concourir à la reconnaissance d'un diagnostic de dépression anxieuse persistante (F34.1), de sorte qu'il n'est pas convaincant que celui-ci soit écarté sans que cette décision ne soit argumentée. Au-delà de leur impact sur la qualification diagnostique, la non prise en compte de la plupart des symptômes précités et des diverses déclarations et plaintes de l'assurée est également insatisfaisante au niveau de l'évaluation des capacités, ressources et difficultés de l'expertisée. La Dre G\_\_\_\_\_ retient ainsi que l'assurée n'a pas de problèmes : à entretenir des relations avec des proches ou des relations superficielles avec autrui, de fatigabilité, d'organiser des activités spontanées, de se déplacer (p. 20). Au final, seules les capacités d'adaptation seraient légèrement diminuées par l'état anxieux permanent. À nouveau, les obstacles auxquels la recourante se dit confrontée (et qui sont confirmés par son psychiatre traitant) sont minimisés, ce sans explication alors que l'intéressée est considérée comme crédible et cohérente et qu'il n'y a pas de signes d'exagération.

#### **E. 12.5.2**

Quant au syndrome somatoforme douloureux permanent, il n'aurait aucune incidence sur les ressources, les limitations fonctionnelles ou la capacité de travail de la recourante. L'experte reconnaît pourtant que la recourante « présente des douleurs intenses et persistantes s'accompagnant d'un sentiment de détresse non expliqué entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psycho- sociaux » (p. 19). Les conséquences et effets fonctionnels de cette atteinte ne sont pourtant pas examinés au motif que « le poids des souffrances est considéré comme faible puisque l'assurée refuse le traitement » (p. 19). À cet égard, il n'est aucunement tenu compte du rapport du 8 octobre 2020 du psychiatre traitant où il est relevé qu'une stratégie médicamenteuse avait été mise en place (Cymbalta, Xanax, Dormicum), générant de nouveaux symptômes et une intolérance aux

A/2878/2022 - 21/29 - médicaments sans que cela n'améliore nettement la situation. Ces traitements avaient en outre mis en place une association d'idée avec la souffrance de sa mère, élément que la recourante semble avoir également indiqué lors de l'expertise, la Dre G\_\_\_\_\_ relevant que l'intéressée « pense que ce sont les médicaments pris contre la dépression qui ont causé chez sa mère la maladie d'Alzheimer et aussi une fracture de la hanche » (p.16) et qu'elle « exprime au sujet des médicaments la croyance qu'ils lui ont fait plus de mal que de bien et qu'ils ont précipité sa mère dans la démence » (p.20). Il n'est guère satisfaisant que cette thématique récurrente ne soit pas analysée par l'experte qui se contente d'estimer que le syndrome somatoforme douloureux persistant n'affecte pas le fonctionnement ni les ressources de l'expertisée, sans quoi elle accepterait un traitement médicamenteux. Le cumul de ces éléments ne permet pas de considérer le volet psychiatrique de l'expertise comme probant, ce d'autant moins que si l'analyse des indicateurs jurisprudentiels figure bien formellement à l'expertise, elle est des plus sommaire et fait également fi tant du dossier médical de la recourante que de ses déclarations faites lors de l'expertise.

#### **E. 12.6**

Enfin, « l'évaluation consensuelle » n'en est pas réellement une, puisque chaque spécialiste se contente d'y récapituler son anamnèse et son évaluation, avant d'énumérer tous les

diagnostics retenus et les limitations fonctionnelles, également reprises directement des deux volets de l'expertise. En particulier, les médecins n'ont pas discuté des interférences entre les différents troubles qu'ils retiennent lors de l'évaluation « interdisciplinaire de la capacité de travail. Il en va globalement ainsi de la grille d'évaluation des indicateurs développés par la jurisprudence qui est non seulement très sommaire et guère motivée, mais ne reflète pas non plus une discussion commune entre les experts. L'indicateur de comorbidité n'est par ailleurs absolument pas abordé, ce quand bien même il semble revêtir une importance particulière au vu des différentes atteintes retenues dans le cadre de chacun des volets de l'expertise. L'évaluation consensuelle comporte enfin des erreurs factuelles, notamment lorsqu'elle retient, dans la partie relative au contrôle de la cohérence (p.5), que les plaintes de l'expertisée relatives à ses douleurs s'expliqueraient par le fait qu'elle ne prendrait pas d'antalgiques, ce qui est pourtant démenti par le volet rhumatologique de l'expertise qui précise qu'elle prend entre un et trois Dafalgan par jour (p.7 et p. 9).

### **E. 13**

Au vu de ces éléments, la chambre de céans considère que l'expertise du Cedemex ne revêt pas une valeur probante suffisante permettant notamment de déterminer, à satisfaction de droit, les diagnostics qu'il convient de retenir sur le plan rhumatologique et psychiatrique, le caractère incapacitant des atteintes retenues, l'étendue d'une éventuelle capacité résiduelle de travail et de rendement dans l'activité habituelle de secrétaire, cas échéant dans une autre activité, adaptée, tenant compte de limitations fonctionnelles claires.

A/2878/2022 - 22/29 - Les rapports des médecins attestant d'atteintes à la santé ne suffisent pas non plus à trancher la cause, eu égard à leur faible densité de motivation. Il manque également les éléments permettant de juger des interactions entre les différentes atteintes retenues (comorbidités).

### **E. 14**

Par conséquent, les pièces du dossier ne permettent pas de retenir des diagnostics clairs, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, ni de se déterminer sur la capacité de travail de la recourante à l'aune des indicateurs développés par la jurisprudence applicable notamment en matière de trouble somatoforme douloureux, de fibromyalgie et de troubles psychiques.

### **E. 15**

Partant, il est indispensable de compléter l'instruction médicale en ordonnant une expertise judiciaire pluridisciplinaire, comportant des volets en rhumatologie et psychiatrie, laquelle est confiée aux docteurs L\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_.

A/2878/2022 - 23/29 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement I. Ordonne une expertise de Madame A\_\_\_\_\_. Commet à ces fins la docteure K\_\_\_\_\_ et le docteur L\_\_\_\_\_. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : A. Prendre connaissance du dossier de la cause. B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, en particulier le Dr C\_\_\_\_\_, le Dr J\_\_\_\_\_, le Dr E\_\_\_\_\_. C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens. D. Charge le Dr L\_\_\_\_\_ d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants : 1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type) 2. Plaintes de la personne expertisée 3. Status et constatations objectives 4. Diagnostics (selon un système de classification

reconnu) Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse) 4.1. Avec répercussion sur la capacité de travail 4.1.1 Dates d'apparition 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail 4.2.1 Dates d'apparition 4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ? 4.4 Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ? 4.5 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis 2019 ? 4.6 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

A/2878/2022 - 24/29 - ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée). 4.7 Y a-t-il une discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins médicaux, des plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact ? 4.8 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ? 4.9 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ? 4.10 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ? 5. Limitations fonctionnelles 5.1 Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic 5.1.1 Dates d'apparition 5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ? 6. Capacité de travail 6.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic. 6.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ? 6.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? 6.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite / nulle ? 6.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ? 6.3.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? 6.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ? 6.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

A/2878/2022 - 25/29 - 6.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis 2019 ? 6.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ? 6.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ? 7. Traitement

## **E. 17**

juillet 2019, 2 juin et 8 octobre 2020 ? En particulier concernant les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles et l'estimation de la capacité de travail ? Si non, pourquoi ? 12. Quel est le pronostic ? 13. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? 14. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. H. Invite l'expert à faire une appréciation consensuelle du cas avec le Dr L.\_\_\_\_\_ s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle. I. Invite l'expert à déposer, dans les meilleurs délais, un rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans. II. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

Adriana MALANGA

La présidente

Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.