

GE_GERICHTE ATAS/439/2021 vom 10. Mai 2021

GE Cour de justice, 2021-05-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_439_2021

FR: GE_GERICHTE ATAS/439/2021 du 10 mai 2021

IT: GE_GERICHTE ATAS/439/2021 del 10 maggio 2021

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.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable.

E. 3

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 15 juillet au 15 août inclusivement, le recours est recevable (art. 38 al.

E. 4

Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité.

E. 4.1

Avec répercussion sur la capacité de travail

E. 4.1.1

Dates d'apparition

E. 4.2

Sans répercussion sur la capacité de travail

E. 4.2.1

Dates d'apparition

E. 4.3

Veillez notamment indiquer si vous reprenez ou écartez le diagnostic d'algoneurodystrophie (syndrome douloureux régional complexe) évoqué par les médecins traitants, en veillant à motiver votre réponse.

E. 4.4

L'état de santé s'est-il détérioré / amélioré, en particulier depuis le mois de juillet 2018 (rapport du Dr O_____), et dans quelle mesure ? Veillez-vous déterminer sur la problématique, soulevée par les experts du CEMEDEX, de l'enraidissement / ankylose de la hanche et du genou droits. L'aggravation évoquée par les experts du CEMEDEX vous

paraît-elle vraisemblable ? 5. Limitations fonctionnelles

- 27/28-

A/2366/2020

E. 5

L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 – 5ème révision AI). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

E. 5.1

Indiquer quelles sont les limitations fonctionnelles.

E. 5.2

Les plaintes sont-elles objectivées ? 6. Cohérence

E. 6

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 LPGGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGGA, 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 (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 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

E. 6.1

Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

E. 6.2

Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

E. 6.3

Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu de ses activités et de sa vie quotidienne ? 7. Capacité de travail

E. 7

Le syndrome douloureux régional complexe (ou complex regional pain syndrome [CRPS]), anciennement nommé algodystrophie ou maladie de Sudeck, a été retenu en 1994 par un groupe de travail de l'International Association for the Study of Pain (IASP). Il constitue une entité associant la douleur à un ensemble de symptômes et de signes non spécifiques

qui, une fois assemblés, fondent un diagnostic précis (DR K_____/DR X_____/Y_____/Z_____/DR AA_____/AB_____/DR AC_____/DR AD_____/DR AE_____, Syndrome douloureux régional

- 20/28-

A/2366/2020 complexe, in Revue médicale suisse 2019, p. 495). L'IASP a aussi réalisé un consensus diagnostique aussi complet que possible avec la validation, en 2010, des critères dits de Budapest, à savoir : 1) Douleur qui persiste et apparaît disproportionnée avec l'événement initial. 2) Au moins un symptôme dans trois (critères cliniques) ou quatre (critères recherche) des quatre catégories suivantes : a) Sensoriel: le patient décrit une douleur qui évoque une hyperpathie et/ou une allodynie. b) Vasomoteur: le patient décrit une asymétrie de température et/ou un changement de couleur et/ou une asymétrie de couleur. c) Sudomoteur/oedème: le patient décrit un oedème et/ou une asymétrie de sudation. d) Moteur/trophique: le patient décrit une raideur et/ou une dysfonction motrice (faiblesse, trémor, dystonie) et/ou un changement trophique (pilosité, ongles, peau). 3) Au moins un signe dans deux des catégories suivantes (critères cliniques et recherche) : a) Sensoriel: confirmation d'une hyperpathie et/ou allodynie. b) Vasomoteur: confirmation d'une asymétrie de température et/ou changement de couleur et/ou asymétrie de couleur. c) Sudomoteur/oedème: confirmation d'un oedème et/ou asymétrie de sudation. d) Moteur/trophique: confirmation d'une raideur et/ou dysfonction motrice (faiblesse, trémor, dystonie) et/ou changement trophique (pilosité, ongles, peau) 4) Il n'existe pas d'autre diagnostic qui explique de manière plus convaincante les symptômes et les signes cliniques. Les critères ci-dessus sont exclusivement cliniques et ne laissent que peu de place aux examens radiologiques (radiographie, scintigraphie, IRM). L'utilisation de l'imagerie fait l'objet d'une controverse dans le milieu médical, mais garde un rôle notamment dans la recherche de diagnostics différentiels, ou lorsque les signes cliniques sont discrets ou incomplets ainsi que dans certaines formes atypiques (DRS K. DISERENS/P.

VUADENS/PR JOSEPH GHIKAIN,, Syndrome douloureux régional complexe: rôle du système nerveux central et implications pour la prise en charge, in Revue médicale suisse 2020, p. 886; F. LUTHI/M. KONZELMANN, Le syndrome douloureux régional complexe [algodystrophie] sous toutes ses formes, in Revue médicale suisse 2014, p. 271). En pratique, si les critères 1 à 3 sont remplis et que le critère 4 est respecté, on doit considérer que le patient souffre d'un SDRC; toutefois la valeur prédictive positive n'est que de 76 %.

- 21/28-

A/2366/2020 Si les critères sont partiellement remplis, il faut poursuivre le diagnostic différentiel et réévaluer le patient. Si les critères ne sont pas remplis, le patient a une probabilité quasi nulle d'avoir un SDRC (DR DR F. LUTHI/DR P.-A. BUCHARD/A. CARDENAS/C. FAVRE/DR M. FÉDOU/M. FOLI/DR J. SAVOY/DR J.-L. TURLAN/DR M. KONZELMANN, op. cit., p. 498). Le SDRC est quatre fois plus fréquent chez la femme, le plus souvent au membre supérieur, avec une prédominance entre 50 et 70 ans. L'introduction des critères de Budapest a réduit de 50 % les diagnostics de SDRC (DRS K. DISERENS/P. VUADENS/PR JOSEPH GHIKAIN, op. cit., p. 885 s ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5.1).

E. 7.1

La personne expertisée est-elle capable d'exercer son ancienne activité de chauffeur-livreur ?

E. 7.1.1

Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

E. 7.1.2

Depuis quelle date la capacité de travail est-elle réduite/nulle ?

E. 7.2

La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?

E. 7.2.1

Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

E. 7.2.2

Si oui, à quel taux (en pourcent) et depuis quelle date une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est-elle exigible ? Y-a-t-il une diminution de rendement (si oui, veuillez la chiffrer et préciser si vous en avez déjà tenu compte pour fixer le taux de la capacité de travail) ? Quel domaine d'activité serait adapté ?

E. 7.2.3

Veuillez préciser si le taux d'exigibilité (en pourcent) d'une activité adaptée s'est modifié depuis le dépôt de la demande de prestations AI, en 2017 ? Si oui, depuis quand et dans quelle mesure ?

E. 7.3

Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui lesquelles ? 8. Traitement

E. 8

a. 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 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). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références). b. 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). c. 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

- 22/28-

A/2366/2020 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). d. En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations y compris d'ordre médical qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêts du Tribunal fédéral 9C_65/2019 du 26 juillet 2019 consid. 5 et 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.3). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

E. 8.1

Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

E. 8.2

Propositions thérapeutiques éventuelles et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

- 28/28-

A/2366/2020 9. Appréciation de rapports versés au dossier

E. 9

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

- 23/28-

A/2366/2020 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). 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 oeuvre 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 oeuvre 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).

E. 9.1

Êtes-vous d'accord avec le rapport d'expertise du CEMEDEX ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 100% (avec diminution de rendement de 20%) dès le 6 juillet 2017, puis de 0% dès le 1er mars 2019 ? Si non pourquoi ?

E. 9.2

Êtes-vous d'accord avec les conclusions figurant dans le rapport d'évaluation de PRO du 27 février 2019, en particulier avec le point de vue selon lequel aucune activité dans l'économie libre ou mesure d'orientation professionnelle ne serait envisageable à ce stade ? Si non, pourquoi ?

E. 9.3

Êtes-vous d'accord avec les avis des médecins de la CRR et du SMR ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation d'une capacité de travail de 100%, dès juillet 2017, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ? Si non, pourquoi ?

E. 9.4

Êtes-vous d'accord avec les avis des médecins traitants (Drs I_____, O_____ et C_____) ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation, par le Dr I_____,

d'une capacité de travail de 100% dès le 6 juillet 2017 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ? Êtes-vous d'accord avec l'opinion du Dr O _____ selon laquelle « en cas d'algoneurodystrophie », un retour au travail serait utopique pendant encore plusieurs mois, voire années ? Si non, pourquoi ? 10. Quel est le pronostic ? 11. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

E. 10

En l'espèce, dans sa décision du 15 juin 2020, l'intimé a refusé d'accorder à l'assuré toute prestation d'invalidité, au motif notamment qu'il présentait une capacité de travail entière, dès le mois de juillet 2017, dans toute activité adaptée à son état de santé. Le SMR, auquel l'intimé s'est rallié, s'est écarté des conclusions de l'expertise qu'il avait diligentée auprès du CEMEDEX. Il a considéré que les conclusions de cette expertise n'étaient pas convaincantes et en a déduit que la situation était restée globalement inchangée depuis l'accident, de sorte que l'assuré restait capable, depuis juillet 2017, d'exercer une activité adaptée à son handicap. Le SMR a souligné l'absence, dans l'expertise, d'élément démontrant objectivement une aggravation de l'état de santé, ainsi que des divergences entre les conclusions communes retenues par les experts (consilium) et celles formulées par le Dr Q _____ dans le volet orthopédique de l'expertise, mais également entre les conclusions émises par l'expert Q _____ et celles formulées par le Dr I _____. Le recourant, qui conclut sur le fond à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le mois de juillet 2017, conteste également les conclusions du CEMEDEX, en reprochant aux experts de ne lui avoir pas reconnu d'incapacité de travail antérieurement au stage qu'il a effectué auprès de PRO. Il soutient n'avoir jamais recouvré sa capacité de travail depuis son accident et relève que ses handicaps sont antérieurs au début du stage. Au stade de la réplique, il fait valoir que la piste de l'algoneurodystrophie n'a pas été examinée par les différents médecins et experts consultés, qu'elle pourrait potentiellement expliquer ses troubles et mériterait donc d'être explorée. À titre préalable, il requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

- 24/28-

A/2366/2020

E. 11

a. La chambre de céans constate que, sur le plan formel, l'expertise du CEMEDEX satisfait *prima facie* à la plupart des réquisits jurisprudentiels topiques en matière de valeur probante, puisqu'elle contient un résumé du dossier, les indications subjectives du recourant, les constatations cliniques effectuées par chacun des experts, ainsi qu'une discussion générale et interdisciplinaire du cas. En particulier, il ressort de cette expertise que l'état de santé du recourant semble s'être aggravé, dans la mesure où la malposition de la hanche et du genou droits a conduit, selon les experts, à une probable ankylose de ces articulations, laquelle n'était pas encore présente lorsque l'assuré a été examiné par le Dr O _____, en juillet 2018. Compte tenu des explications fournies par les experts, on ne saurait écarter d'emblée toute aggravation de l'état de santé, contrairement à ce que soutient l'intimé. À ce stade, il n'y a toutefois pas lieu de se pencher plus avant sur la question, dans la mesure où la mise en œuvre d'une expertise judiciaire se révèle nécessaire, comme on va le voir, et que l'expert judiciaire sera invité à se déterminer sur l'aggravation évoquée dans l'expertise du CEMEDEX. b. Sur le plan diagnostique, on regrette – à l'instar du recourant – que l'expert en orthopédie ne se soit pas déterminé sur l'existence d'une

algoneurodystrophie (ou syndrome douloureux régional complexe), dans la mesure où ce diagnostic avait été évoqué par certains médecins (cf. rapports des Drs E_____, I_____ et O_____ des 28 novembre 2016, 6 juillet 2017 et 24 juillet 2018) et que l'expert avait été invité à se prononcer sur ce point par le psychiatre du CEMEDEX. En effet, dans son rapport, l'expert-psychiatre avait notamment indiqué : « [...] nous devons tenir compte que, si une présence d'algoneurodystrophie il y a, cette maladie peut s'avérer extrêmement douloureuse, ce fait devra être confirmé dans la partie orthopédique et rhumatologique [de l'expertise] [...] » (p. 29 de l'expertise du CEMEDEX). Ensuite, force est d'admettre que les conclusions de l'expertise – contestées par les deux parties – sont peu claires, voire contradictoires. En effet, dans leurs conclusions communes, les experts ont évalué la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à 0% depuis le 1er mars 2019, date du terme de la mesure d'orientation professionnelle auprès de PRO (qui s'est soldée par un échec), tout en préconisant une réévaluation de la capacité de travail 6 mois après un traitement de la douleur et une rééducation. Pour la période antérieure au 1er mars 2019, les experts ont indiqué que la capacité de travail « pourrait » être de 100% avec une diminution de rendement de 20% dès le 6 juillet 2017, date du rapport du Dr I_____. Ces conclusions communes – qui font coïncider avec l'échec du stage auprès de PRO le début de la totale incapacité de travail dans une activité adaptée – peuvent effectivement sembler contradictoires avec celles formulées par l'expert en chirurgie orthopédique, qui a conclu à une capacité de travail de 40% dans une activité adaptée depuis juillet 2017, tout en considérant

- 25/28-

A/2366/2020 qu'il ne pouvait pas tenir compte de l'échec du stage parce qu'aucune atteinte structurelle n'avait été mise en évidence. Le rapport d'expertise ne donne aucune explication au sujet de cette divergence entre les conclusions de l'expert en orthopédie et les conclusions communes. Les raisons pour lesquelles l'expert en orthopédie s'est lui-même distancié des conclusions formulées par le Dr I_____ et par le SMR (capacité de travail de 100% dès juillet 2017 dans une activité adaptée) – mais tout en se référant par ailleurs à leurs rapports pour fixer le début de l'exigibilité d'une activité adaptée – ne sont pas claires non plus, faute d'explication de l'expert. Enfin, on relèvera que si les experts du CEMEDEX ont retenu, dans leurs conclusions communes, une totale incapacité de travail dès le 1er mars 2019, ils ne semblent toutefois pas avoir écarté toute perspective de réinsertion professionnelle à l'avenir, puisqu'ils ont préconisé une réévaluation ultérieure de la capacité de travail – que l'intimé n'a finalement pas mise en œuvre – et ont jugé prioritaire de faire traiter les douleurs par des spécialistes afin de permettre une rééducation, puis, dans un second temps, une reprise d'activité professionnelle. c. En définitive, vu les incertitudes affectant l'expertise du CEMEDEX, notamment en ce qui concerne les diagnostics et la capacité de travail dans une activité adaptée, mais également la recommandation des experts de faire réévaluer la capacité de travail, recommandation qui n'a pas été suivie par l'intimé, il se justifie de mettre en œuvre une expertise judiciaire en rhumatologie, comme le requiert le recourant.

E. 12

Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. II. Invite l'expert à déposer, dans les meilleurs délais, son rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans. III. 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 conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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