

# **GE\_GERICHTE ATAS/937/2023 vom 4. Dezember 2023**

GE Cour de justice, 2023-12-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_937\\_2023](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_937_2023)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/937/2023 du 4 décembre 2023

IT: GE\_GERICHTE ATAS/937/2023 del 4 dicembre 2023

## **Erwägungen**

### **E. 1**

La compétence de la chambre de céans et la recevabilité du recours ont été examinées dans l'arrêt sur partie du 18 janvier 2022; il suffit d'y renvoyer.

### **E. 2**

À teneur de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20), les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

### **E. 3**

Le 1er janvier 2021, est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82a LPGA).

### **E. 4**

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).

#### **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**

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

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

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 la personne expertisée).

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

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,

A/4225/2020 - 23/25 - allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

**E. 4.6**

Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ? 5. Limitations fonctionnelles

**E. 4.7**

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

**E. 4.8**

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. 4.9**

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

**E. 5**

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité à compter du 1er avril 2011.

**E. 5.1**

Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic.

**E. 5.1.1**

Dates d'apparition

**E. 5.2**

Les plaintes sont-elles objectivées ? 6. Cohérence

**E. 6**

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2).

**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. 6.2.1**

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

### **E. 6.2.2**

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

### **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 des activités et de la vie quotidienne de la personne expertisée ? En d'autres termes, les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel, personnel) ?

#### **E. 6.3.1**

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

A/4225/2020 - 21/25 -

#### **E. 6.3.2**

Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ?

#### **E. 6.3.3**

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

### **E. 6.4**

Quels sont les niveaux d'activité sociale et d'activités de la vie quotidienne (dont les tâches ménagères) et comment ont-ils évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

### **E. 6.5**

Dans l'ensemble, le comportement de la personne expertisée vous semble-t-il cohérent et pourquoi ? 7. Personnalité

### **E. 6.6**

Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ? 7. Traitement

### **E. 7**

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 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 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

#### **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

A/4225/2020 - 24/25 -

### **E. 8**

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. 8.1**

Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur le plan somatique ?

#### **E. 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

#### **E. 8.3**

Êtes-vous d'accord avec l'avis interdisciplinaire du Centre d'expertises médicales du 16 avril 2020 et les rapports d'expertise neurologique et rhumatologique de même date joints audit avis émanant des Drs Q\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ ? En particulier avec les diagnostics posés, les

A/4225/2020 - 22/25 - limitations fonctionnelles constatées et l'évolution de la capacité de travail depuis le 15 juin 2009 ? Si non, pourquoi ?

#### **E. 8.4**

Êtes-vous d'accord avec la position des médecins de la personne expertisée ? 9. Quel est le pronostic ? 10. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? 11. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. E. Invite les experts à faire une appréciation consensuelle du cas avec le Dr V\_\_\_\_\_ s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle. F. Charge le Dr V\_\_\_\_\_ 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 pathogenèse).

## **E. 9**

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 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

### **E. 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.

### **E. 9.2**

La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?

#### **E. 9.2.1**

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

#### **E. 9.2.2**

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

### **E. 9.3**

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

#### **E. 9.3.1**

Si non, ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

#### **E. 9.3.2**

Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ?

#### **E. 9.3.3**

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

### **E. 9.4**

Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué ?

### **E. 9.5**

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

### **E. 9.6**

Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ? 10.  
Traitement

## **E. 10**

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. 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).

#### **E. 10.1**

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

#### **E. 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/4225/2020 - 25/25 -

#### **E. 10.3**

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 ?

#### **E. 10.4**

Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée. 11. Appréciation d'avis médicaux du dossier

#### **E. 11**

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

A/4225/2020 - 15/25 - 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. 11.1**

Êtes-vous d'accord avec le rapport d'expertise psychiatrique du 30 janvier 2013 du Dr F\_\_\_\_\_ ? Si non, pourquoi ?

#### **E. 11.2**

Êtes-vous d'accord avec le rapport d'expertise psychiatrique du

#### **E. 11.3**

Êtes-vous d'accord avec les rapports d'expertise neurologique et rhumatologique du 16 avril 2020 établis par les Drs Q\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_, en particulier en ce qui concerne l'incidence du diagnostic de fibromyalgie posé par ces spécialistes sur la capacité de travail de la personne expertisée ? 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. G. Invite l'expert à faire une appréciation consensuelle du cas avec les Drs T\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_ s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle. II. Invite les experts à déposer, dans les meilleurs délais, un 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

Pascale HUGI

La présidente

Fabienne MICHON RIEBEN

Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le

## **E. 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). 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. 13**

En l'espèce, l'intimé s'est appuyé, en dernier lieu, sur les conclusions de l'expertise neurologique et rhumatologique du CEMed du 16 avril 2020 pour allouer des prestations à la recourante (rente entière d'invalidité du 1er avril 2011 au 29 février 2012, du 1er novembre 2013 au 30 novembre 2014, du 1er février 2016 au 31 mai 2017, et une demi-rente d'invalidité du 1er mars 2012 au 31 octobre 2013, du 1er décembre 2014 au 31 janvier 2016, ainsi que depuis le 1er juin 2017). Celle-ci, pour sa part, conteste la réduction de sa rente d'invalidité.

### **E. 13.1**

Il ressort de cette expertise établie par les Drs Q\_\_\_\_\_ (neurologue) et P\_\_\_\_\_ (rhumatologue) que la recourante présente plusieurs limitations fonctionnelles en raison des séquelles des syndromes douloureux régionaux complexes (CRPS ou algodystrophie) touchant les membres supérieurs, du phénomène de Raynaud, des lombalgies et des fasciites plantaires. Ils estiment qu'elle ne peut plus exercer son activité habituelle depuis le

15 juin 2009, mais que dans une activité adaptée, sa capacité de travail est entière du 1er décembre 2011 au 27 août 2013, du 13 août 2014 au 31 octobre 2015, et du 15 février 2017 au 19 juillet 2019, nulle du 27 août 2013 au 13 août 2014 et du 1er novembre 2015 au 15 février 2017, et de 90% depuis le 19 juillet 2019.

A/4225/2020 - 16/25 -

### **E. 13.2**

La chambre de céans constate que les conclusions de cette expertise sont incohérentes, voire contradictoires, et lacunaires. En particulier, le Dr P\_\_\_\_\_, qui a posé, entre autres, le diagnostic de lombosciatalgies gauches non déficitaires (dossier AI, p. 1005 et 1104-1105), reconnaît une péjoration du rachis lombaire entre le 9 octobre 2017 et le 27 juin 2018 sur la base des imageries par résonance magnétique (IRM) effectuées (p. 1104), et admet que les douleurs qu'éprouve la recourante à ce niveau sont incapacitantes (p. 1004 et 1111). Toutefois, de manière contradictoire, il affirme également, s'agissant de la colonne lombaire, qu'il n'existe pas d'aggravation de l'état de santé sur le plan radiologique, en reprenant mot pour mot l'appréciation du Dr N\_\_\_\_\_, expert rhumatologue auprès de la PMU précédemment mandaté par l'intimé ■ qui s'était déterminé le 13 février 2019 sur ces IRM (p. 1105 et 916). Le Dr P\_\_\_\_\_, ensuite, se contente de déclarer que si « le tableau (relatif à la lombalgie) était identique à celui observé par le Dr N\_\_\_\_\_ (...), alors cette capacité [de travail dans une activité adaptée] est toujours entière » depuis avril 2017 (p. 1115). Il formule ici une hypothèse en employant la conjonction « si », alors que, à l'inverse de son confrère, il avait dans un premier temps mis en évidence une détérioration du rachis lombaire fondée sur lesdites IRM. En ce qui concerne les séquelles de l'algodystrophie de la main gauche, le Dr P\_\_\_\_\_, à l'instar des experts de la PMU, conclut, dans une activité adaptée, à une capacité de travail nulle du 27 août 2013 ■ date à laquelle la recourante avait bénéficié d'une deuxième opération sur le tunnel carpien gauche ■ au 13 août 2014, et de 100% dès cette date jusqu'à l'intervention en novembre 2015 pour suspicion de syndrome du défilé thoracique gauche compliqué également d'un CRPS. Le Dr P\_\_\_\_\_ fixe cette incapacité de travail totale jusqu'au 13 août 2014, en se bornant à mentionner que cette date correspond à la consultation au département de la douleur (p. 1115). Ce faisant, il reprend en fait très sommairement l'argumentation des experts de la PMU, qui indiquaient qu'au cours de la consultation aux HUG du 13 août 2014, une disparition des troubles trophiques en rapport avec le CRPS avait été notée (p. 792). Or, selon le rapport des HUG du 10 septembre 2014 relatif aux consultations des 13 août et 8 septembre 2014, l'évolution était discrètement favorable du point de vue des troubles trophiques (p. 500) et la recourante présentait encore des douleurs à caractère neuropathique, chronique, ainsi que des difficultés motrices dans le contexte d'un troisième CRPS post cure de canal carpien (p. 501). Ainsi, contrairement aux dires des experts, les séquelles du CRPS gauche n'avaient pas disparu au 13 août 2014, ni d'ailleurs au 8 septembre 2014. Du reste, le Dr P\_\_\_\_\_ relevait que les séquelles de l'algodystrophie de la main gauche étaient encore constatées à la consultation de la douleur du 10 septembre 2014 (p. 1103). Force est de relever le manque de cohérence de l'expertise du Dr P\_\_\_\_\_, dans la mesure où il s'écarte de l'appréciation que font les experts de

A/4225/2020 - 17/25 - la PMU du rapport précité des HUG tout en arrêtant l'incapacité de travail totale au 13 août 2014. Qui plus est, le Dr P\_\_\_\_\_ considère que la capacité de travail dans une activité adaptée « serait » de 90% dès le 19 juillet 2019. Cependant, l'usage du conditionnel sous-entend qu'il fait preuve de prudence et qu'il a donc des doutes. De

plus, celui-ci a commis une erreur de plume, puisqu'il retient cette date qui correspondrait, selon lui, à celle de la consultation du médecin traitant neurochirurgien (p. 1104 et 1115), alors qu'en réalité cette consultation a eu lieu le

### **E. 13.3**

Au vu de ce qui précède, les conclusions du rapport d'expertise du CEMed n'emportent pas la conviction.

#### **E. 13.3.1**

Il n'est à ce stade pas nécessaire de se déterminer sur la valeur probante des rapports d'expertise antérieurs à celui du CEMed du 16 avril 2020, dès lors qu'ils ne permettent de toute manière pas de se prononcer sur la situation médicale de la recourante qui s'est aggravée postérieurement au rapport d'expertise de la PMU du 4 septembre 2018.

#### **E. 13.3.2**

Il se justifie en conséquence de mettre en œuvre une expertise judiciaire comprenant les volets neurologique, rhumatologique et psychiatrique.

A/4225/2020 - 18/25 - Celle-ci sera confiée au docteur T\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, au docteur U\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et au docteur V\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à l'encontre desquels les parties ont indiqué n'avoir pas de motif de récusation à faire valoir. 14. Pour le surplus, il sera relevé que l'arrêt sur partie du 18 janvier 2022 n'a pas admis l'entier des conclusions prises par l'intimé, en renvoi du dossier pour instruction complémentaire, mais n'a prononcé le renvoi que pour la période postérieure à novembre 2019. Cet arrêt n'a pas fait l'objet d'un recours, de sorte qu'il n'y a pas lieu de revenir sur l'appréciation effectuée.

A/4225/2020 - 19/25 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement I. Ordonne une expertise neurologique, rhumatologique et psychiatrique de Madame A\_\_\_\_\_. Commet à ces fins le docteur T\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, le docteur U\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et le docteur V\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, au sein du Bureau d'expertises médicales, sis à Montreux. 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. C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens. D. Charge les Drs T\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_ d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants, étant précisé que leur appréciation ne doit pas porter sur les conséquences de la talalgie bilatérale dont souffre la personne expertisée depuis novembre 2019 sur sa capacité de travail, affection qui fait l'objet d'une instruction par l'office de l'assurance-invalidité : 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 pathogenèse).

### **E. 16**

juillet 2018 d'après le rapport de ce neurochirurgien du 19 juillet 2018 (p. 869). En outre, il n'est pas logique d'évaluer la capacité de travail à 90% pour tenir compte de la diminution de rendement due aux dysesthésies et aux douleurs aux mains, ce dès le 19 juillet 2019 (ou plutôt le 16 juillet 2018) seulement, alors que les limitations fonctionnelles consécutives au

phénomène de Raynaud et aux séquelles du CRPS sont reconnues depuis le 1er décembre 2011, date à compter de laquelle le Dr P\_\_\_\_\_ admet par contre une capacité de travail entière dans une activité adaptée (p. 1115). Enfin, les Drs Q\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ ont diagnostiqué une fibromyalgie (p. 1064, 1106) qui entraînerait une incapacité de travail (p. 1112). Ils ont proposé à l'intimé de mettre en place également une expertise psychiatrique (note téléphonique du 13 janvier 2020, p. 992). Or, l'intimé ne l'a pas fait. L'expertise du CEMed s'avère donc incomplète. C'est le lieu de rappeler que quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient 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 que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_701/2020 du 6 septembre 2021 consid. 4.1 et les références).

#### **E. 20**

juin 2018 du Dr M\_\_\_\_\_ ? Si non, pourquoi ?

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