

# **GE\_GERICHTE A/4065/2023 vom 25. Oktober 2018**

GE Cour de justice, 2018-10-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4065\\_2023](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4065_2023)

FR: GE\_GERICHTE A/4065/2023 du 25 octobre 2018

IT: GE\_GERICHTE A/4065/2023 del 25 ottobre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 2**

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité suite à sa demande de prestation du 28 novembre 2018 au 10 novembre 2023, date de la décision querellée.

### **E. 3.1**

Le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur. En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références). Si un droit à la rente a pris naissance jusqu'au 31 décembre 2021, un éventuel passage au nouveau système de rentes linéaire s'effectue, selon l'âge du bénéficiaire de rente, conformément aux let. b et c des dispositions transitoires de la LAI relatives à la modification du 19 juin 2020. Selon la let. c, pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente a pris naissance avant l'entrée en vigueur de cette modification et qui, à l'entrée en vigueur de la modification, avaient au moins 55 ans, l'ancien droit reste applicable (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_561/2022 du 4 août 2023 consid. 3.1 et la référence). En l'occurrence, la décision querellée a certes été rendue postérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2022, mais elle concerne une demande de prestations ayant été déposée en 2018 et un éventuel droit à une rente d'invalidité qui naîtrait antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (cf. art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. En outre, dans la mesure où le recourant avait, au 1<sup>er</sup> janvier 2022, 58 ans, l'ancien droit resterait applicable jusqu'à l'extinction ou la suppression du droit éventuel à la rente.

### **E. 3.2**

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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du

travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). Le Tribunal fédéral a affirmé à plusieurs reprises, en se référant à l'ATF 127 V 294 consid. 4c, que dans l'assurance-invalidité, la possibilité de traiter une affection ne s'oppose pas de manière absolue à la survenance d'une invalidité donnant droit à une rente. En effet, la possibilité de traitement, considérée en soi, ne dit encore rien sur le caractère invalidant d'une atteinte à la santé. Une atteinte à la capacité de gain doit être établie et son ampleur déterminée dans chaque cas particulier, indépendamment de la classification diagnostique d'une affection et, en principe, indépendamment de son étiologie. La question déterminante est de savoir si l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée qu'elle fournisse une prestation de travail. La naissance du droit à une rente d'invalidité suppose donc toujours et uniquement qu'une incapacité de travail d'au moins 40% ait existé pendant un an (sans interruption notable) et qu'une incapacité de gain justifiant le droit à une rente subsiste. Un refus ou une réduction des prestations au motif que l'assuré n'utilise pas tous les moyens de traitement présuppose une procédure selon l'art. 21 al. 4 LPGA. En l'absence d'une telle procédure, les atteintes à la santé ne peuvent pas être ignorées, lors de la détermination de la capacité de l'assuré, au seul motif qu'elles peuvent être traitées (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_327/2022 du 10 octobre 2023 consid. 4.2 et la référence). En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

### **E. 3.3**

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. 3.2 et les références ; 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 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). 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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références). Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). 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 9C\_486/2022 du 17 août 2023 consid. 6.5 et la référence). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_87/2022 du 8 juillet 2022 consid. 6.2.1 et les références). 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. 3.4**

De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

### **E. 4.1**

Il convient d'examiner en premier lieu la valeur probante de l'expertise du CEMed. Sur le plan rhumatologique, ses conclusions ne sont pas critiquées par le recourant et globalement convaincantes. Il convient néanmoins de relever que l'expert rhumatologue du CEMed a indiqué dans son rapport que le sevrage du Temgesic restait de rigueur, car il n'était pas indiqué pour les lombalgies chroniques ni pour un syndrome radiculaire chronique et que, contrairement à ce que disait le médecin traitant, ce sevrage n'avait pas été tenté. Or, il ressort des déclarations du recourant du 29 septembre 2021 ainsi que du rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 21 septembre 2020 qu'un sevrage a bien été tenté, mais sans succès. La conclusion de l'expert apparaît ainsi non seulement erronée, mais également incomplète, dans la mesure où il n'a pas pris en compte les effets addictifs du Temgesic qui auraient dû être commentés. L'expert rhumatologue du CEMed a indiqué que l'imputabilité du Temgesic dans les troubles de la concentration devait être estimée par l'experte psychiatre, ce qui correspond à l'appréciation de la Dre H\_\_\_\_\_, qui indiquait, le 16 décembre 2021, qu'en tant que rhumatologue, elle ne pouvait se prononcer sur les troubles de mémoire et de concentration ni sur la part éventuelle des morphiniques dans cette problématique. Sur ce point, important puisqu'il a justifié le renvoi de la cause par la chambre de céans à l'intimé pour instruction complémentaire, l'experte psychiatre du CEMed s'est contentée de retenir qu'il apparaissait peu probable que la prise de Temgesic, qui était ancienne et actuellement à une posologie peu élevée, soit à l'origine des troubles de concentration du recourant, étant donné les effets de tolérance bien connus pour les analgésiques opioïdes. Si l'effet de

tolérance du Temgesic peut être admis (publique. médicaments.gouv.fr), cela ne signifie pas encore que ce médicament n'aurait pas un effet sur la fatigue et la concentration. Il ressort au contraire de plusieurs rapports au dossier ce que ce serait le cas, ce qui nécessitait que l'experte développe ses conclusions (rapports du Dr C \_\_\_\_\_ des 25 octobre 2018, 4 novembre 2019 et 21 décembre 2020 ; du Dr J \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> février 2021, du Dr K \_\_\_\_\_ du 26 mars 2021 et du Dr F \_\_\_\_\_ du 25 juin 2019). L'experte n'a pas non plus commenté les conclusions des ÉPI du 22 novembre 2021, qui faisaient également état d'une fatigue et une perte de concentration du recourant liées aux douleurs qui demandaient une médication lourde de conséquence. Par ailleurs, le seul fait que ce rapport ait été résumé ne permet pas de retenir qu'il a sérieusement été pris en compte par l'experte. Le rapport établi le 16 août 2024 sur le stage effectué par le recourant du 22 juillet au 16 août 2024 et organisé par l'OCE, concerne une période postérieure à l'expertise du CEMEd et la décision querellée du 10 novembre 2023. Cela étant, les conclusions de ce rapport tendent à confirmer les conclusions faites lors du premier stage aux ÉPI, dans la mesure où il conclut pour le recourant n'est plus en mesure de réintégrer le marché du travail et que ses douleurs sont à l'origine de problèmes d'insomnie entraînant une fatigue chronique au quotidien affectant sa capacité de concentration. Par ailleurs, l'experte psychiatre n'a pas différencié la période pendant laquelle le recourant travaillait de celle pendant laquelle il ne travaillait plus, ce qui lui avait permis de réduire les doses de Temgesic de trois fois et d'améliorer concentration. Il ressort en effet des rapports du Dr C \_\_\_\_\_ que la posologie du Temgesic était de 0.8 en 2018, 0.6 en 2019 avec une augmentation à 1.2 mg selon rapport du 2 avril 2019 et à 1.6 mg selon le rapport du 4 novembre 2019. Il est fort probable que, comme le recourant l'a déclaré, le fait de ne pas travailler lui ait permis de réduire la posologie du Temgesic avec un effet favorable sur sa concentration et sa fatigue. Pour évaluer les effets du Temgesic sur sa capacité de travail, il s'imposait de tenir compte de la période pendant laquelle le recourant en prenait plus et de l'éventuelle nécessité d'augmenter sa posologie en cas de reprise d'un travail en raison des contraintes plus ou moins importantes de celui-ci, selon le taux d'activité. De plus, l'experte psychiatre n'a pas abordé la question de savoir si l'arrêt des morphiniques était exigible du recourant, alors qu'elle devait être instruite, selon l'arrêt de renvoi de la chambre de céans du 27 octobre 2021. En conclusion, l'expertise du CEMEd ne peut se voir reconnaître une pleine valeur probante s'agissant de l'effet du Temgesic et de la capacité de travail du recourant.

#### **E. 4.2**

Dans la mesure où la capacité de travail pourrait être davantage atteinte que ne l'ont retenu les experts du CEMEd, et en particulier l'experte psychiatre, selon les médecins traitants du recourant, en raison de l'effet du Temgesic, il apparaît nécessaire de faire procéder à une nouvelle expertise psychiatrique. Le nouvel expert désigné devra se prononcer sur l'effet du Temgesic, sur la capacité de travail du recourant, en tenant compte de l'évolution de celle-ci au cours de temps en lien avec la posologie de ce médicament, et le fait que les effets de celui-ci ont pu être atténués par le fait que le recourant ne travaillait plus. Il devra enfin se prononcer sur la question de savoir si l'arrêt des morphiniques est recommandé et exigible du recourant et commenter le fait qu'il n'a pas réussi à se sevrer de ce médicament. L'expert devra également préciser si la capacité de travail éventuellement retenue est la même dans l'activité habituelle, qui demandait de la concentration, que dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant. Sur demande de l'intimé, il sera suggéré à l'experte de faire réaliser, si elle l'estime nécessaire, un bilan neuropsychologique avec tests de QI et validation de symptômes. PAR CES MOTIFS, LA

CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement I. Ordonne une expertise psychiatrique du recourant. II. Commet à ces fins la docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, membre FMH. III. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : a. prendre connaissance du dossier de la cause ; b. si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assuré ; c. examiner et entendre l'assurée, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ; d. si nécessaire, ordonner d'autres examens, éventuellement un bilan neuropsychologique avec tests de QI et validation de symptômes .

IV. Charge l'experte d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :

1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
2. Quelles sont les plaintes et données subjectives de l'assurée ?
3. Quels sont le status clinique et les constatations objectives ?
4. Quels sont les diagnostics psychiatriques, selon la classification internationale ? 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 (en mentionnant les dates d'apparition)
  - 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition)
  - 4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
  - 4.4 Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?
  - 4.5 Les plaintes sont-elles objectivées ?
  - 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 médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?
  - 4.7 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
  - 4.8 Dans l'ensemble, le comportement de l'assuré vous semble-t-il cohérent ?
5. Quel est l'impact du traitement médicamenteux, en particulier du Temgesic sur la capacité de travail de l'assuré, en tenant compte de l'évolution de celle-ci au cours de temps en lien avec la posologie de ce médicament, et du fait que les effets de celui-ci ont pu être atténués par le fait que le recourant ne travaillait plus.
6. L'arrêt des morphiniques est recommandé et exigible du recourant et commenter le fait qu'il n'a pas réussi à se sevrer de ce médicament. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?
7. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic psychiatrique (en mentionnant leur date d'apparition) :
  - 7.1 Dans l'activité habituelle (qui demande de la concentration) ?
  - 7.2 Dans une activité adaptée ?
  - 7.3 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).
  - 7.4 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 ?
  - 7.5 Quelle sont les limitations globales de l'assuré (en tenant compte des conclusions de l'expert rhumatologue du CEMed sur le plan somatique et des effets du traitement médicamenteux de l'assuré).
    - a) dans l'activité habituelle (qui demande de la concentration)
    - b) dans une activité strictement adaptée.
8. Traitement
  - 8.1 Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?
  - 8.2 L'assuré a-t-il fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? Qualifier la compliance ?
  - 8.3 Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?

8.4 Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ? 8.6 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'assurée à reconnaître sa maladie ou à une autre raison ? 9. Capacité de travail 9.1 Mentionner les conséquences du traitement médicamenteux du recourant retenus sur la capacité de travail de l'assuré, en pourcent : a) dans l'activité habituelle (qui demande de la concentration) b) dans une activité strictement adaptée. 9.2 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, indiquer l'évolution de son taux en datant et commentant les changements. 9.3 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. 9.4 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer. 9.5 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 ? 9.6 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. 9.7 Quel est de votre point de vue sur la capacité de travail globale de l'assuré (en tenant compte des conclusions de l'expert rhumatologue du CEMed sur le plan somatique) : a) dans l'activité habituelle (qui demande de la concentration) b) dans une activité adaptée. 10. Appréciation d'avis médicaux du dossier 10.1 Êtes-vous d'accord avec la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée retenue par la Dre M\_\_\_\_\_ et son analyse des effets du Temgesic (p. 30 et 31 de son rapport d'expertise du 7 septembre 2023) ? pour quels motifs ? Commenter et discuter son rapport. 10.2 Êtes-vous d'accord avec la capacité de travail globale retenue par les experts du CEMed (p. 7 à 10 du rapport d'expertise du 7 septembre 2023) ? pour quels motifs ? 10.3 Êtes-vous d'accord avec les rapports établis par le Dr C\_\_\_\_\_, notamment sur la capacité de travail (rapports des 14 septembre, 25 octobre 2018, 25 février 2019, 2 avril 2019, 27 mai 2019, 4 novembre 2019, 21 septembre 2020 retenant une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée) ? pour quels motifs ? 10.4 Êtes-vous d'accord avec le rapport établi par le Dr J\_\_\_\_\_ le 1<sup>er</sup> février 2021 ? pour quels motifs ? 10.5 Prière de commenter vos conclusions sur la capacité de travail en lien avec les rapports de stages des ÉPI des 17 décembre 2021 et 16 août 2024. 10.6 Êtes-vous d'accord avec le rapport établi le 15 février 2021 par la consultation ambulatoire de la douleur ? pour quels motifs ? 10.7. Êtes-vous d'accord avec les rapports établis par la Dre H\_\_\_\_\_ des 5 mai 2020 et 16 décembre 2021 ? pour quels motifs ? 11. Faire toutes remarques et propositions utiles. V. Invite l'experte à déposer, dans les trois mois dès réception de la mission d'expertise, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans. La greffière Julia BARRY 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.