RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4225/2020 **ATAS/937/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 4 décembre 2023

1ère Chambre

En la cause

A_____ recourante
représentée par Me Maître Marie-Josée COSTA, avocate

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE intimé

Siégeant : Fabienne MICHON RIEBEN, Présidente

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1960, a collaboré en qualité de gestionnaire de stock or au sein d'une entreprise d'horlogerie et de joaillerie sise dans le canton de Genève du 1er octobre 1999 au 30 septembre 2011, date de la fin des rapports de travail consécutive à son licenciement.

b. En arrêt de travail pour cause de maladie à compter du 15 juin 2009, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: l'OAI ou l'intimé) le 15 octobre 2010.

c. Elle est assistée par l'Hospice général depuis le 1er décembre 2011.

B. **a.** Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a reçu un rapport d'expertise du 1er décembre 2010 établi à la demande de l'assureur perte de gain maladie, par le docteur B_____, spécialiste en rhumatologie auprès de la clinique Corela, qui a retenu, avec incidence sur la capacité de travail, une maladie de Sudeck bilatérale, complication postopératoire de deux interventions effectuées le 29 juin 2009, respectivement le 15 juin 2010, en considération d'un syndrome du tunnel carpien droite, puis gauche.

Il a estimé que la reprise de travail dans l'activité habituelle devrait être à 100% dès le 1er novembre 2011. En revanche, dans une activité adaptée évitant l'exposition au froid et au chaud en raison d'un phénomène de Raynaud, les mouvements de préhension fine et le port de charges supérieures à 5kg, la reprise était possible à plein temps à partir du 1er janvier 2011.

b. Suivant les recommandations de son service médical régional (ci-après: le SMR), l'OAI a confié une expertise au docteur C_____, spécialiste en médecine interne, qui, dans un rapport du 27 janvier 2012, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de raideur des doigts de la main gauche (séquelle d'une maladie de Sudeck survenue après neurolyse du nerf médian) depuis août 2010, de cervicalgies communes depuis 2009, de maladie de Raynaud secondaire, modérée, de syndrome bilatéral du défilé thoracique depuis octobre 2008, et ceux, sans effet sur la capacité de travail, d'anticorps antinucléaire positifs depuis fin 2009, de fibromyalgie depuis janvier 2011, de lombalgies communes par accès depuis 2009, et de status après neurolyse du nerf médian au canal carpien droit en juin 2009 compliquée par une maladie de Sudeck. Les diagnostics nécessitant un examen complémentaire étaient ceux de spasmophylie existant depuis 1980 et d'un état dépressif depuis janvier 2010.

Selon l'expert, l'assurée présentait les limitations suivantes au plan physique: sensibilité au froid (pour les mains), utilisation d'engins vibrants pour les doigts, exposition au chlorure de polyvinyle, élévation d'un bras ou des deux au-dessus de la ligne des épaules, inclinaison de la colonne vertébrale au-delà de 20°, port de

charges supérieures à 20 kg, et, jusqu'au 1er avril 2012, restriction dans la préhension pour de fins objets.

Il a conclu que l'activité d'employée de bureau en production (responsable de l'approvisionnement en pièces, gestionnaire des stocks) était à nouveau possible à plein temps dès le 1er avril 2012. Une activité adaptée sans sollicitation des bras au-dessus de la ligne des épaules et moyennant une mobilisation de la colonne cervicale était également exigible à 100%.

c. Se fondant sur l'avis du SMR du 8 mars 2012, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, qui a été réalisée par la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR).

Dans un rapport du 19 février 2013, les docteurs D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, E_____, spécialiste FMH en rhumatologie, F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et G_____, spécialiste FMH en neurologie, ont retenu les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de status après opération d'un tunnel carpien bilatéral, et sans répercussion sur la capacité de travail, de migraines avec et sans aura visuelle, sensitive et aphasique, de probable forme familiale, d'un état douloureux chronique diffus, de pouce gauche à ressaut, d'un syndrome de CREST incomplet, de lombalgies non spécifiques, de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F43.21), de trouble anxieux sans précision (F41.9) intégrant des crises de spasmophilie depuis l'enfance, et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance, utilisation continue (F13.25), dans le cadre d'une prescription médicale.

Ils ont exposé que l'assurée ne présentait aucune limitation aux plans psychique et mental. Elle devait par contre éviter tout travail impliquant une exposition au froid, l'emploi de machines vibrantes, et l'utilisation d'une force de préhension importante, en particulier de la main gauche. Ces limitations ne concernaient toutefois pas la dernière activité qu'elle occupait, qui avait été adaptée par l'employeur, et qu'elle pouvait exercer à 100% dès décembre 2011.

C. **a.** Lui ayant reconnu le statut de personne active à plein temps, par décision du 3 février 2014, confirmant un projet de décision du 16 avril 2013, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité limitée dans le temps du 1er avril 2011 au 29 février 2012. Il a considéré que, quand bien même elle avait droit à une rente entière à l'issue du délai légal d'attente le 15 juin 2010, la rente ne pouvait lui être versée qu'à partir d'avril 2011 – compte tenu du dépôt tardif de la demande de prestations – jusqu'au 29 février 2012 eu égard à l'amélioration de son état de santé dès le 1er décembre 2011, date à compter de laquelle sa capacité de travail était entière dans toute activité.

b. Saisie d'un recours contre la décision du 3 février 2014, par arrêt du 11 novembre 2014 (ATAS/1169/2914), la chambre de céans a annulé ladite décision et renvoyé la cause à l'OAI, celui-ci ayant lui-même admis que l'état de

santé de l'assurée s'était possiblement aggravé depuis le rapport d'expertise de la CRR.

c. Par décision incidente du 22 mai 2017, l'OAI a confirmé qu'il entendait confier un mandat d'expertise à la CRR aux docteurs H_____, généraliste, I_____, neurologue, J_____, psychiatre, et à la doctoresse K_____, rhumatologue.

d. Par arrêt du 7 novembre 2017 (ATAS/988/2017), la chambre de céans, constatant qu'il n'avait pas été procédé à la désignation de la CRR et des experts susmentionnés conformément à la procédure de l'art. 72bis du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), a admis le recours et renvoyé le dossier à l'OAI pour qu'il mette sur pied une expertise pluridisciplinaire par le biais de SuisseMED@P.

D. **a.** Sur ce, l'assurée a été examinée par les docteurs L_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, N_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et O_____, spécialiste FMH en neurologie, auprès de la Policlinique médicale universitaire de Lausanne (ci-après: PMU).

Dans un rapport d'expertise consensuelle du 4 septembre 2018, les experts ont diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4), des troubles sensitifs des membres supérieurs et inférieurs sans origine neurologique objectivable, avec status après neurolyse du nerf médian droit au niveau du canal carpien compliqué semblait-il d'un syndrome douloureux régional complexe (CRPS), status après deux neurolyses du nerf médian gauche au canal carpien compliqué semblait-il d'un CRPS, et status après intervention pour suspicion de syndrome du défilé thoracique (TOS) gauche, des céphalées avec caractéristiques actuelles de céphalées tensionnelles, des cervicolombalgies chroniques d'étiologie indéterminée avec troubles dégénératifs pluri-étagées de la colonne cervicale et lombaire non spécifiques, ainsi qu'un phénomène de Raynaud, photosensibilité et présence d'anticorps antinucléaires de signification indéterminée.

Ils ont indiqué que l'assurée devait éviter tout travail nécessitant l'exposition au froid et l'utilisation de machines vibrantes en raison du phénomène de Raynaud, ainsi qu'une force de préhension ou des mouvements fins des doigts.

Ils ont conclu que la capacité de travail, nulle dans l'activité habituelle de gestionnaire de stock depuis le 15 juin 2009, était entière dans une activité adaptée du 1er décembre 2011 au 27 août 2013 – date à laquelle l'assurée avait subi une seconde intervention sur le tunnel carpien gauche –, nulle ensuite jusqu'au 13 août 2014 – date de la consultation au département de la douleur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: HUG) au cours de laquelle une disparition des troubles trophiques en rapport avec le CRPS avait été relevée –, ainsi que de novembre 2015 – en raison de la chirurgie du TOS compliquée à nouveau d'un CRPS – au 6 juin 2016, date à compter de laquelle une reprise de l'activité professionnelle à 50% pouvait être envisagée selon le médecin traitant. À partir de

cette date, la capacité de travail était toutefois estimée entière par les experts après une reprise à 50% au vu du long temps écoulé sans activité, à augmenter sur quelques semaines, étant précisé que ces incapacités de travail étaient en lien uniquement avec le CRPS développé après chaque chirurgie.

b. Après que, par avis des 20 septembre et 5 octobre 2018, le SMR a suivi les conclusions de cette expertise, dans un projet de décision du 12 octobre 2018, l'OAI a annoncé à l'assurée qu'il entendait lui reconnaître le droit à une rente entière du 1er avril 2011 au 29 février 2012, à une demi-rente fondée sur un taux d'invalidité de 53% du 1er mars 2012 au 31 octobre 2013, et à une rente entière du 1er novembre 2013 au 1er novembre 2014 ainsi que du 1er février au 1er septembre 2016.

c. Le 15 novembre 2018, l'assurée a contesté ce projet de décision, en joignant divers rapports de ses médecins traitants.

d. Sur demande de l'OAI, le Dr N_____ a rédigé un complément d'expertise le 13 février 2019. Il s'est déterminé sur les nouveaux rapports médicaux produits et a conclu que la capacité de travail de l'assurée dans l'activité exercée jusqu'ici ne variait pas d'un point de vue rhumatologique. Il a considéré que l'on pouvait admettre une diminution de la capacité de travail pour toute activité manuelle nécessitant des travaux de force, de préhension avec les mains et des mouvements fins avec les doigts compte tenu des trois opérations du tunnel carpien, de la notion d'algodystrophie ou syndrome de Sudeck postopératoire aux deux mains. D'un point de vue rhumatologique strict, la capacité de travail médico-théorique était complète dans une activité physiquement légère ne nécessitant pas de mouvements de préhension ou de force avec les mains ou l'utilisation continuelle des mains, d'exposition au froid, voire l'utilisation d'engins vibrants avec les mains.

e. Par avis du 20 février 2019, le SMR a proposé un nouveau complément d'expertise rhumatologique auprès d'un autre expert, le Dr N_____ n'ayant pas examiné l'assurée. Par avis du 28 mars suivant, le SMR a considéré que l'expertise devait inclure un volet neurologique, dans la mesure où, selon le médecin traitant, la mise en place d'un stimulateur médullaire était prévue entre mars-avril 2019 en raison des douleurs neurogènes prédominant aux membres supérieurs.

f. Le docteur P_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et la doctoresse Q_____, spécialiste FMH en neurologie, du Centre d'expertises médicales (ci-après: CEMed) ont établi un nouveau rapport d'expertise consensuelle le 16 avril 2020.

Ils ont posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique (sans substrat clairement objectivable) assimilé à une fibromyalgie, de status post possible syndrome du tunnel carpien droit, opéré par neurolyse du nerf médian droit au carpe en 2009 et compliqué d'un CRPS, de status post probable syndrome du tunnel carpien gauche, traité par neurolyse du nerf médian gauche au carpe en

2010, compliqué d'un CRPS et ré-intervention le 4 septembre 2013 par neurolyse du nerf médian et ulnaire au poignet et couverture du nerf médian par un lambeau synovial, compliqué également d'un CRPS, de syndrome du défilé thoracique, de migraines non incapacitantes, de lombosciatalgies gauches non déficitaires, de cervicalgies simples sans irradiation systématisée du point de vue neurologique, de connectivite indifférenciée (?) – phénomène de Raynaud primaire, photosensibilité du visage et du décolleté, facteur antinucléaire à un taux élevé –, de tendinites nodulaires des fléchisseurs des doigts, de fasciite plantaire bilatérale, et de déconditionnement musculaire.

Ils ont considéré que l'assurée devait éviter l'exposition au froid, l'utilisation de machines vibrantes, le travail nécessitant une force de préhension ou des mouvements fins des objets en raison du phénomène de Raynaud et des séquelles des syndromes douloureux régionaux complexes; ainsi que le port de charges supérieures à 5 kg les bras proches du corps, 2 kg éloignés du corps, les positions immobiles debout ou en porte-à-faux prolongées, les mouvements répétitifs du tronc, les travaux en hauteur et la marche en terrains inégaux, en raison des lombalgies et des fasciites plantaires.

Ils ont conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis le 15 juin 2009. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était évaluée à 100% du 1er décembre 2011 au 27 août 2013, à 0% du 27 août 2013 au 13 août 2014, à 100% du 13 août 2014 au 31 octobre 2015, à 0% du 1er novembre 2015 au 15 février 2017, et à 100% depuis lors jusqu'au 19 juillet 2019, date à compter de laquelle elle était de 90%, en raison des limitations des mains qui ralentissaient toutes les manipulations.

g. Par avis du 20 mai 2020, le SMR a fait siennes les conclusions de ces experts.

h. Dans son avis du 20 octobre 2020, le SMR s'est déterminé sur un rapport établi le 4 septembre 2020 par le Dr R_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, indiquant avoir constaté avec le Dr S_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, que l'assurée souffrait d'une talalgie bilatérale depuis novembre 2019. L'assurée avait bénéficié d'infiltrations en mars et en juin 2020 avec succès, mais de courte durée. Le diagnostic retenu était celui d'une fascéïte plantaire associée à une neuropathie de Baxter. Le médecin considérait qu'à ce stade (échec du traitement conservateur), il existait une indication chirurgicale. Le pronostic, suite à cette opération, était en principe favorable concernant les douleurs (taux de succès 80%).

Le SMR en a conclu que, selon toute vraisemblance, l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis novembre 2019 en raison de cette fascéïte. La capacité de travail était par conséquent nulle depuis novembre 2019. La situation médicale ne pouvait pas être retenue comme stabilisée pour les raisons orthopédiques évoquées. Ainsi, il convenait d'interroger les Drs R_____ et S_____ environ trois mois après l'intervention chirurgicale.

i. Par prononcé du 12 octobre 2020, annulant et remplaçant celui du 8 octobre 2018, l'OAI a invité la caisse de compensation de l'industrie horlogère (ci-après: la caisse) à calculer le montant des rentes dues à l'assurée, mais d'attendre la motivation avant d'effectuer les éventuelles compensations et de notifier la décision. Il a mentionné en particulier que le degré d'invalidité était de 100% dès le 15 juin 2010, de 56% dès le 1er mars 2012, de 100% dès le 1er décembre 2013, de 53% dès le 1er décembre 2014, de 100% dès le 1er février 2016 et de 56% dès le 1er juin 2017.

j. Par décisions du 12 novembre 2020, l'OAI a accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1er avril 2011 au 29 février 2012, une demi-rente du 1er mars 2012 au 31 octobre 2013, une rente entière du 1er novembre 2013 au 30 novembre 2014, une demi-rente du 1er décembre 2014 au 31 janvier 2016, une rente entière du 1er février au 30 septembre 2016, et une demi-rente depuis le 1er octobre 2016.

E. **a.** Par actes du 15 décembre 2020, l'assurée, par l'intermédiaire de sa mandataire, a interjeté recours contre lesdites décisions. Elle a conclu, sous suite de dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, et, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1er avril 2011 sans interruption et pour une durée indéterminée, ainsi qu'au paiement de CHF 6'861.-, correspondant aux rentes relatives à août, septembre et octobre 2014 qui avaient été, selon elle, versées rétroactivement à tort à l'Hospice général.

Les recours ont été enregistrés sous les numéros de cause A/4225/2020, A/4226/2020, A/4228/2020 et A/4229/2020.

b. Le 23 décembre 2020, la chambre de céans a procédé à la jonction de ces quatre causes en une seule et même procédure sous le numéro A/4225/2020.

c. Dans sa réponse du 12 janvier 2021, l'intimé a proposé à la chambre de céans de prononcer le renvoi du dossier pour instruction complémentaire, au motif que :

« Il apparaît que, bien que notre office ait repris l'instruction médicale suite à des pièces produites par la recourante dans le cadre de l'audition, ces informations n'ont pas été transmises en temps utile à la caisse de compensation compétente, à savoir avant que celle-ci ne notifie les décisions litigieuses ».

d. Invitée à se déterminer, le 28 janvier 2021, la recourante a fait valoir que, à ce stade, l'intimé était à même de se prononcer sur plusieurs points qui pourraient d'ores et déjà être tranchés, soit le versement des rentes du 1er août au 31 octobre 2014 et de la rente entière d'invalidité reconnue selon le prononcé du 15 (recte: 12) octobre 2020 à compter du 1er février 2016 jusqu'au 31 mai 2017 et non jusqu'au 30 septembre 2016, et le droit à une rente entière depuis novembre 2019, dès lors que le SMR avait admis le 20 octobre 2020 que l'incapacité de travail était entière à compter de cette date.

e. Par courrier du 11 mars 2021, l'intimé a indiqué qu'il ne pouvait sur le plan médical se déterminer en l'état du dossier, étant donné qu'un complément d'instruction s'avérait nécessaire à la suite des observations produites par la recourante à l'appui de ses objections au projet de décision du 12 octobre 2018.

Il a par ailleurs transmis la réponse de la caisse du 4 mars 2021, de même qu'une copie de la demande de compensation de l'Hospice général du 11 novembre 2020.

f. Par courrier du 25 mars 2021, la recourante a informé la chambre de céans qu'elle n'avait pas encore obtenu satisfaction du fait que les explications fournies par la caisse ne correspondaient pas à la décision du 12 novembre 2020 s'agissant de la période du 1er mars 2012 au 30 novembre 2014. Elle constatait par ailleurs que l'intimé ne s'était pas prononcé sur ses observations quant au calcul du degré d'invalidité, en particulier sur le revenu sans invalidité. Elle relevait qu'un complément d'instruction était jugé nécessaire par l'intimé sur le plan médical sans qu'il précise sur quelle période il devait porter. Elle rappelait enfin que, selon l'avis du SMR du 20 octobre 2020, une totale incapacité de travail à compter de novembre 2019 aurait été admise, ce qui impliquait le droit à une rente entière depuis cette date.

Elle a joint en particulier:

- son courrier du 22 mars 2021 à la caisse par lequel elle lui reprochait d'avoir rendu le 12 novembre 2020 des décisions non conformes, en alléguant que « celle qui porte sur la période du 1er février 2016 au 31 mai 2017 prévoit le versement à l'Hospice général d'un montant de CHF 5'802.- à titre de rétroactif. Or, selon mes calculs, durant cette période, l'Hospice général pourrait réclamer le remboursement au maximum de CHF 29'526.35 et d'après la nouvelle décision [de la caisse] du 5 mars 2021 des prestations à hauteur de CHF 27'568.- ont déjà été versées à l'Hospice général »;
- les deux décisions du 5 mars 2021, annulant et remplaçant celles du 12 novembre 2020, par lesquelles l'intimé a reconnu le droit de la recourante à une rente entière du 1er février 2016 au 31 mai 2017, et à une demi-rente dès le 1er juin 2017.

g. Le 14 mai 2021, l'intimé a transmis à la chambre de céans la détermination de la caisse datée du 29 avril 2021.

Il constatait que, voulant corriger la motivation erronée relevée par la recourante, la caisse avait annulé deux décisions du 12 novembre 2020 et notifié deux nouvelles décisions le 5 mars 2021. Bien que celles-ci ne fassent pas partie expresse des recours interjetés le 15 décembre 2020, il proposait dans ces conditions d'étendre l'objet du litige, ces deux nouvelles décisions étant intimement liées à la présente procédure.

Il rappelait que le SMR avait certes admis que l'aggravation de l'état de santé de l'assurée était vraisemblable, mais a précisé qu'elle devait encore être investiguée.

Il maintenait dès lors ses conclusions en annulation et renvoi du dossier pour suite d'instruction. Subsidiairement, il proposait l'annulation partielle en confirmant le droit aux prestations déjà octroyées.

h. Le 7 juin 2021, la recourante a indiqué qu'elle était d'accord d'inclure les deux nouvelles décisions du 5 mars 2021 dans l'objet du litige.

Elle ne partageait en revanche pas la position de l'intimé s'agissant de l'aggravation de son état de santé, au vu de l'avis du SMR du 20 octobre 2020. Elle relevait que la période concernée par la reprise d'instruction proposée par l'OAI n'avait toujours pas été précisée. Elle prenait note de la proposition de l'intimé de faire confirmer par la chambre de céans les prestations d'ores et déjà octroyées, et ne s'y opposait pas. Elle soulignait toutefois qu'elle persistait dans ses conclusions quant à l'octroi d'une rente entière sans interruption à compter du 1er avril 2011.

i. Le 1er juillet 2021, l'intimé a déclaré qu'il maintenait ses précédentes conclusions, soit principalement le renvoi du dossier pour reprise de l'instruction médicale.

j. Interrogé par la chambre de céans, l'intimé a fait savoir le 6 décembre 2021 qu'il entendait instruire le dossier seulement sur la période à compter de novembre 2019.

k. Par arrêt sur partie du 18 janvier 2022 (ATAS/19/2022), la chambre de céans a pris acte de ce que le litige était étendu aux nouvelles décisions du 5 mars 2021, admis le recours s'agissant de la période postérieure à novembre 2019 et renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, puis réservé la suite de la procédure s'agissant de la période courant d'avril 2011 à novembre 2019.

l. Le 29 août 2022, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise pluridisciplinaire au docteur T_____, spécialiste en neurologie, au docteur U_____, spécialiste en rhumatologie, et au docteur V_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, au sein du Bureau d'expertises médicales à Montreux, et un délai a été accordé aux parties au 19 septembre 2022 pour se déterminer sur les experts, ainsi que sur les questions à leur poser.

m. Le 16 septembre 2022, la recourante a indiqué ne pas avoir de motifs de récusation à invoquer.

n. Le 19 septembre 2022, l'intimé, en se référant à l'avis du même jour du SMR, a considéré qu'il était nécessaire d'interroger les experts également sur les répercussions de la fasceite plantaire évoluant depuis 2019, car il n'était pas possible d'ignorer son impact dans l'évaluation globale de la capacité de travail, en complément à l'instruction qu'il menait. Il proposait en outre qu'un dosage

sanguin de psychotropes et d'antalgiques soit effectué pour vérifier la compliance au traitement.

o. Le 23 septembre 2022, la chambre de céans a invité l'intimé à préciser son courrier s'agissant d'interroger les experts également sur les répercussions de la fasceite plantaire, puisque la question lui avait été renvoyée par arrêt sur partie du 18 janvier 2022.

p. Dans son écriture du 27 octobre 2022, l'intimé a constaté que le fait de scinder le cas en deux périodes distinctes aurait pour effet que l'évaluation du droit aux prestations serait considérablement prolongée en défaveur de la recourante et irait de facto à l'encontre de l'effet dévolutif du jugement, l'expertise mandatée amenant les experts à se prononcer sur des éléments qui lieraient ensuite l'OAI dans son appréciation, alors même qu'un renvoi avait été prononcé sur la période postérieure à novembre 2019. Il a conclu en conséquence au renvoi du dossier dans sa totalité.

q. Le 5 décembre 2022, la recourante s'est opposée au renvoi. L'OAI avait lui-même proposé le renvoi pour instruction complémentaire à compter de novembre 2019 et avait demandé par courrier du 19 septembre 2022 que les experts soient interrogés sur les répercussions de la fasceite plantaire évoluant depuis 2019 et demandait ainsi d'étendre l'expertise pour la période postérieure à novembre 2019. Il ne s'agissait pas d'un cas où la période postérieure devait être tranchée par le tribunal cantonal, mais de celui où la chambre doit se prononcer sur la situation jusqu'à novembre 2019 et l'intimé pourra se prononcer sur la période postérieure.

r. Le 17 février 2023, la recourante a transmis de nouvelles pièces médicales et le 10 octobre 2023, elle a requis des informations sur la suite de la procédure.

s. Le 2 novembre 2023, la chambre de céans a informé les parties que le docteur W_____ n'était plus en mesure d'effectuer l'expertise et que celle-ci serait confiée au docteur U_____, spécialiste FMH en rhumatologie.

t. Le 14 novembre 2023, la recourante a indiqué qu'elle n'avait pas de motif de récusation à l'encontre du Dr U_____.

u. L'OAI n'a pas soulevé d'objections.

EN DROIT

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.

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.

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. 82*a* LPGA).

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).

4.1 En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

4.2 En l'occurrence, les décisions querellées (du 12 novembre 2020 et 5 mars 2021) ont été rendues antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

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

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).

6.1 L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

6.2 Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses

conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

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).

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.

8.1 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).

8.2 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).

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).

9.1 La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanent d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

9.2 Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 du 30 novembre 2017). La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris en cas de troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée (ATAS/945/2018 du 17 octobre 2018 consid. 6b).

Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs; ATAS/676/2019 du 26 juillet 2019 consid. 10a).

9.3 Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

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).

10.1 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.

10.2 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).

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

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).

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).

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.

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.

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 concernent 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

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 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).

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

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.

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

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.

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).

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 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).

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

4.9 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**

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.

6.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le 15 juin 2009 ?

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**

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

7.2 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 ?

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

7.4 En cas de traitement de psychotropes ou d'antalgiques, effectuer des dosages sanguins.

8. **Appréciation d'avis médicaux du dossier**

8.1 Êtes-vous d'accord avec l'avis interdisciplinaire de la Clinique romande de réadaptation du 19 février 2013, ainsi que les rapports d'expertise joints audit avis des 29 janvier 2013 et 4 février 2013 établis par les Drs E_____, rhumatologue, et G_____, neurologue ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 100 % ? Si non, pourquoi ?

8.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis interdisciplinaire de la Policlinique médicale universitaire du 4 septembre 2018 et les rapports d'expertise annexés audit avis des 5 juillet 2018 et 10 juillet 2018 rédigés par les Drs N_____, rhumatologue, et O_____, neurologue, ainsi que le rapport complémentaire rhumatologique du 13 février 2019 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'évolution de la capacité de travail depuis le 15 juin 2009 ? Si non, pourquoi ?

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

limitations fonctionnelles constatées et l'évolution de la capacité de travail depuis le 15 juin 2009 ? Si non, pourquoi ?

8.4 Etes-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).

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 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).

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,

allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

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

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. **Cohérence**

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 ?

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) ?

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) ?

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 ?

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

7. **Personnalité**

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 ?

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

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 ?

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 ?

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 ?

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 ?

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 ?

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**

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

11.2 Êtes-vous d'accord avec le rapport d'expertise psychiatrique du 20 juin 2018 du Dr M_____ ? Si non, pourquoi ?

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 — La présidente

Pascale HUGI — Fabienne MICHON RIEBEN

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