

GE_GERICHTE ATAS/1182/2014 vom 18. November 2014

GE Cour de justice, 2014-11-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1182_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/1182/2014 du 18 novembre 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/1182/2014 del 18 novembre 2014

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS/GE E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur respectivement le 1er janvier 2004, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 466 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, du point de vue matériel, au vu des faits pertinents, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI consécutives aux 4ème, 5ème et 6ème révisions, dans la mesure de leur pertinence

A/1178/2014 - 13/23 - (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 4

Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3, 1ère phrase LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7ème jour avant Pâques au 7ème jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA). La décision contestée ayant été reçue le 14 mars 2014, le délai de recours est arrivé à échéance le lundi 28 avril 2014, compte tenu des principes susmentionnés. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA; RS/GE E 5 10).

E. 5

Le litige porte sur le point de savoir si l'état de santé du recourant, respectivement sa capacité de gain, s'est modifié dans une mesure influençant ses droits, et ce depuis la communication du 28 septembre 2005 confirmant le degré d'invalidité de 40%.

E. 6

L'art. 17 al. 1 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). 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). 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 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). 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

A/1178/2014 - 14/23 - assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Pour qu'une décision de révision entrée en force constitue elle aussi une (nouvelle) base de comparaison dans le cadre d'une révision ultérieure, il faut qu'elle repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des

revenus conformes au droit (arrêt du Tribunal fédéral 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C_127/2014 du 15 mai 2014 consid. 2.2 et les références).

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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

E. 8

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 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la

A/1178/2014 - 15/23 - santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

E. 9

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). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En

cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 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 125 V 351 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins-traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin-traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc).

A/1178/2014 - 16/23 - 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. A 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 166 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 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 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 10

Selon la jurisprudence fédérale, les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes. Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise demeure possible, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4).

E. 11

En l'espèce, il convient d'examiner si la situation du recourant a subi un changement important propre à influencer son degré d'invalidité, et donc son droit à la rente. Il sied de relever que, dans le cadre de la procédure de révision initiée en mars 2005, l'intimé a

transmis au SMR les rapports reçus depuis la décision du 24 février 2004 afin que celui-ci se détermine sur une éventuelle modification de l'état de santé du recourant. La communication de l'intimé du 28 septembre 2005 résulte donc d'un examen matériel du droit à la rente. Tel n'est en revanche pas le cas de la seconde communication, soit celle du 20 février 2009 clôturant la procédure de révision débutée en novembre 2008. En effet, en dépit des rapports médicaux attestant de nouvelles atteintes entraînant des limitations fonctionnelles, l'intimé a conclu à l'absence de toute modification de l'état de santé, sans même requérir l'avis du SMR. Dans ces circonstances, le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité doit être fixé au 28 septembre 2005, moment de la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec des constatations de faits pertinents.

E. 12

a. L'intimé avait alors fondé sa décision sur l'appréciation du SMR du

E. 13

A titre préalable, la chambre de céans constate que la décision du 12 mars 2014 s'écarte, sans aucune explication, de plusieurs conclusions du rapport du CEMed, alors qu'elle prétend s'y référer.

A/1178/2014 - 18/23 - Ainsi, bien que le rapport d'expertise reconnaisse expressément une totale incapacité de travail du 1er janvier 2009 au 31 décembre 2012 en raison de troubles psychiques, l'intimé conclut à l'absence de fait nouveau en faveur d'une aggravation de l'état de santé du recourant et maintient le degré d'incapacité de travail retenu en 2004 et 2005, soit 40%. En outre, les experts du CEMed ont considéré que le diagnostic de lombalgies chroniques avait une influence sur la capacité de travail, ce qui est un élément nouveau propre à influencer le taux d'invalidité, étant rappelé que les experts du COMAI avaient estimé en 2002 que les discopathies n'avaient pas de répercussion sur ladite capacité. De même, le rapport du CEMed mentionne que le recourant présente des gonalgies bilatérales sur une gonarthrose, ayant également une influence sur la capacité de travail et entraînant des limitations fonctionnelles. Cette atteinte n'était pas signalée en septembre 2005, de sorte que l'intimé ne pouvait conclure à l'absence de toute aggravation de l'état de santé sans fournir la moindre explication.

E. 14

a. Cela étant, il sied de se déterminer sur la valeur probante du rapport du CEMed, lequel est notamment basé sur le dossier de l'intimé, une anamnèse détaillée, ainsi que des examens complets et une étude approfondie du dossier. Les plaintes du recourant ont été prises en compte et les spécialistes ont développé leur appréciation, laquelle apparaît ainsi dûment motivée. Toutefois, la chambre de céans observe que le rapport contient des contradictions et que ses conclusions sont discutables sur de nombreux points. b. En premier lieu, s'agissant du diagnostic de personnalité émotionnellement labile de type borderline (F 60.31), « présent de longue date », les experts ont considéré qu'il avait eu provisoirement une influence sur la capacité de travail du recourant puisqu'ils ont mentionné « le trouble dépressif récurrent et le trouble de la personnalité ont été responsables d'une incapacité de travail à 100% » du 1er janvier 2009 au 31 décembre 2012 (rapport d'expertise p. 20). Ils ont toutefois estimé « Maintenant qu'il [le recourant] est intégré en Suisse, ce trouble n'a plus de répercussion sur la capacité de travail (...) » (rapport d'expertise p. 19). Cette appréciation est difficilement compréhensible, dès lors qu'elle suggère, sans motivation

aucune, que le recourant, en Suisse depuis 1987 et naturalisé suisse en 2001, ne se serait intégré qu'en 2013. En outre, les déclarations du recourant tendent plutôt à admettre une certaine désocialisation et non pas une intégration récente, étant rappelé qu'il a expliqué ne pas avoir d'activité spécifique, vivre seul, ne pas faire grand-chose et peu sortir (rapport d'expertise p. 12). c. En deuxième lieu, les experts ont conclu que le recourant présentait un trouble dépressif récurrent, actuellement léger, sans syndrome somatique (F 33.0) et ont exposé retenir arbitrairement, en l'absence de dates précises, une incapacité totale de travail du 1er janvier 2009 au 31 décembre 2012 (rapport d'expertise p. 20).

A/1178/2014 - 19/23 - Ils se sont ainsi prononcés sur le taux de la capacité de travail du recourant en raison de ce trouble depuis le 1er janvier 2009, sans rien mentionner pour la période antérieure. Il n'est ainsi pas possible de déterminer s'ils confirment ou non la capacité résiduelle de travail de 60% retenue à l'appui de la communication du 28 septembre 2005, pour la période jusqu'au 31 décembre 2008. De plus, les experts ont estimé, après avoir rappelé que deux médecins avaient fait état d'un épisode dépressif moyen entre 2009 et 2011, que la séparation conjugale avait été la cause d'une péjoration de l'état psychique responsable d'une totale incapacité de travail. Or, de nombreuses pièces du dossier attestant de l'existence d'un trouble dépressif, d'intensité sévère, avant 2009. Il est notamment rappelé que le Dr G_____, psychiatre-traitant, a diagnostiqué un épisode dépressif sévère et attesté d'une totale incapacité de travail depuis le début de l'année 2005, et ce pour une période indéterminée (rapports des 25 février et 2 février 2006). Dans la mesure où les experts se sont écartés des conclusions du psychiatre traitant consulté à l'époque des faits, ils auraient dû motiver davantage leur appréciation et expliquer les raisons pour lesquelles ils concluaient que le trouble dépressif avait été responsable d'une incapacité de travail à partir de 2009 seulement. d. Enfin, les experts ont retenu, à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, des gonalgies et des lombalgies, et ont mentionné des restrictions concernant le port de charges de plus de 10 kg, le maintien de la position agenouillée ou accroupie, la marche prolongée ou la montée d'escaliers. Ils en ont conclu que la capacité de travail était entière dans une activité légère plutôt assise (rapport d'expertise p. 19). Parallèlement, ils ont indiqué que le recourant présentait une incapacité de travail médicalement justifiée depuis décembre 1997, tout en mentionnant qu'il n'y avait pas, sur le plan rhumatologique, d'incapacité de travail durable et que la capacité était restée complète (rapport d'expertise p. 21). De telles conclusions apparaissent contradictoires. De surcroît, l'appréciation des experts quant à la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle est des plus incertaines puisqu'ils ont exposé qu'un poste de « technicien après-vente » n'était vraisemblablement pas adapté aux limitations décrites (rapport d'expertise p. 21). La chambre de céans relèvera encore que les experts ont relaté que le recourant se plaignait de troubles de la sensibilité qui apparaissaient la nuit et disparaissaient dans la matinée, grâce à une attelle du poignet (rapport d'expertise p. 19). Ils n'ont cependant pas expliqué si le port d'un tel moyen auxiliaire était nécessaire ni s'il constituait une restriction à l'exercice d'une activité lucrative. e. Au vu de ce qui précède, les conclusions du rapport du CEMed, insuffisamment motivées et partiellement contradictoires, n'apparaissent pas convaincantes. Dans ces conditions, ce document ne saurait se voir reconnaître une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence.

A/1178/2014 - 20/23 -

Reste à se prononcer sur l'éventuelle force probante des autres rapports médicaux produits dans le cadre de la présente procédure. S'agissant de l'avis du SMR du 20 juin 2013, la chambre de céans rappellera que ce document se limite à reprendre certaines conclusions du rapport d'expertise du CEMed et à en écarter d'autres, sans la moindre explication. Il ne relève au demeurant pas les nombreuses contradictions contenues dans l'expertise concernant la capacité de travail résiduelle. Cette appréciation n'est donc pas probante. Quant aux rapports du Dr G_____, outre le fait qu'ils émanent du psychiatre traitant, ils ne contiennent pas d'anamnèse détaillée et ne font pas état d'exams complets. Enfin, le rapport du 2 novembre 2011 du Dr D_____ ne permet pas de se déterminer sur la capacité de travail avant 2009.

E. 16

Partant, la chambre de céans considère qu'elle ne dispose pas des éléments suffisants pour statuer de manière définitive sur l'évolution de l'état de santé du recourant depuis septembre 2005, ainsi que sur sa capacité de travail dans son activité habituelle et dans une activité adaptée depuis lors. Elle entend donc mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire tenant compte des aspects rhumatologiques et psychiques, moyen le plus adéquat pour établir de manière objective si le taux d'invalidité du recourant s'est modifié depuis la communication du 28 septembre 2005. L'expertise sera confiée au Dr O_____, spécialiste FMH en rhumatologie et au Dr P_____, spécialiste FMH en psychiatrie, lesquels devront prendre tous les renseignements nécessaires auprès des médecins ayant examiné le recourant.

A/1178/2014 - 21/23 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement 1. Ordonne une expertise rhumatologique et psychiatrique de Monsieur A_____. 2. Commet à ces fins les docteurs O_____, spécialiste FMH en rhumatologie, à Vevey et P_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, rue d'Italie 46, 1800 Vevey. 3. Dit que la mission d'expertise est la suivante : a) prendre connaissance du dossier de l'intimé ainsi que du dossier de la présente procédure. b) examiner et entendre le recourant. c) prendre tous renseignements utiles auprès des médecins ayant traité le recourant. d) si nécessaire, ordonner d'autres exams et /ou s'entourer d'avis de tiers. 4. Charge les experts de répondre aux questions suivantes : 1. Anamnèse détaillée. 2. Données subjectives et plaintes du recourant. 3. Constatations objectives. 4. Diagnostic(s) selon la classification internationale. 5. S'agissant d'éventuels troubles somatiques, répondre aux questions suivantes: a) L'assuré souffre-t-il de troubles somatiques ? Si oui, lesquels et depuis quand ? b) Les plaintes de l'assuré sont-elles objectivées ? c) Quelles sont les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic ? d) Quelle a été l'évolution de l'état de santé du recourant depuis septembre 2005 ? En cas de changement dans l'état de santé (amélioration ou aggravation), préciser la date de ces changements et leur contexte.

6. S'agissant de troubles psychiques éventuels, répondre aux questions suivantes:

A/1178/2014 - 22/23 - a) L'assuré souffre-t-il de troubles psychiques ? Si oui, lesquels et depuis quand ? b) Quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci, le cas échéant (faible, moyen, grave) ? c) Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle selon le DSM IV ou la CIM-10 ? d) Quelles sont les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic ? e) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ? f) La compliance est-elle bonne ? g) Quelle a été l'évolution de l'état de santé

du recourant depuis septembre 2005 ? En cas de changement dans l'état de santé (amélioration ou aggravation), préciser la date de ces changements et leur contexte. h) Le recourant dispose-t-il encore des ressources lui permettant une reprise d'activité professionnelle? Veuillez expliquer. 7. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, puis globalement, les conséquences de(s) atteinte(s) somatique(s) et psychique(s) sur la capacité de travail, en pourcent : a) dans l'activité habituelle ; b) dans une activité adaptée (préciser en quoi pourrait consister celle-ci). 8. Indiquer l'évolution du taux d'incapacité de travail, en pourcent, dans le temps depuis septembre 2005. Dire s'il y a une diminution de rendement, dans l'activité habituelle, respectivement dans une activité adaptée, et la chiffrer. 9. Évaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle et indiquer en quoi devrait consister celle-ci. 10. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail. Indiquer si les mesures en question seraient exigibles du recourant et pourquoi. 11. En cas de conclusions divergentes de celles ressortant de l'expertise du CEMed du 15 février 2013 et/ou de celles du SMR et/ou de celles des médecins traitants sur la question des diagnostics, des limitations

A/1178/2014 - 23/23 - et de la capacité de travail du recourant, veuillez en expliquer les raisons et motiver vos conclusions. 12. Formuler un pronostic global. 13. Toute remarque utile et proposition des experts.

5. Invite les experts à faire une appréciation consensuelle du cas s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle. 6. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans. 7. Réserve le sort des frais et le fond.

La greffière

Isabelle CASTILLO

La Présidente

Juliana BALDÉ

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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