

GE_GERICHTE ATAS/257/2020 vom 2. April 2020

GE Cour de justice, 2020-04-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_257_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/257/2020 du 2 avril 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/257/2020 del 2 aprile 2020

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de l'absence de notification de la décision à Mutuel et de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 3

a. Il convient de déterminer en premier lieu l'objet du litige. b. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 414 consid. 1a; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées). Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doit s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 417, confirmé in ATF 131 V 164 consid. 2.3.3 p. 166 et 135 V 141 consid. 1.4.4 p. 146; voir également arrêt I 99/00 du 26 octobre 2000 consid. 1, in VSI 2001 p. 155). Dans une situation de ce genre, il importe nécessairement d'établir l'existence d'un changement important de circonstances propres à justifier le prononcé de rentes échelonnées ou limitées dans le temps. Or, un tel examen ne peut intervenir qu'à la faveur d'une comparaison entre différents états de fait successifs (ATF 125 V 413 consid. 2d in

fine p. 418).

A/3359/2015 - 13/23 - c. En l'espèce, le 20 août 2015, la recourante, agissant dans un premier temps en personne, a contesté la décision de l'OAI du 30 juin 2015 en faisant valoir que sa capacité de travail était toujours de 50% dès le 30 juin 2014. Elle a ainsi contesté le refus de l'OAI de lui octroyer une rente d'invalidité. Le litige porte donc sur le droit de la recourante à une telle rente d'invalidité pour toute la période courant du 15 février 2013 au 30 juin 2015, date de la décision querellée.

E. 4

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). 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). 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.

A/3359/2015 - 14/23 - Dans son arrêt du 22 août 2019 dans la cause A /777/2015 (C_540/2015), le Tribunal administratif fédéral a eu les considérations suivantes : « (4.2) L'OAIIE fait valoir que la réadaptation prime sur la rente et que le cas d'assurance ne survient pas tant que des mesures de réadaptation ou des mesures d'intervention précoce durent. Il renvoie entre autres à un arrêt du 20 novembre 2000, où le Tribunal fédéral a considéré que l'invalidité survient seulement après l'application des mesures de réadaptation (arrêt du Tribunal fédéral I 201/00, publié en traduction française dans Pratique VSI 2001 pages 148-151). (4.3) Il convient tout d'abord d'examiner les dispositions concernant la détection précoce et les mesures d'intervention précoce, qui sont en vigueur depuis le 1er

janvier 2008. Il s'agit des art. 3a à 3c LAI (détection précoce), 7d LAI (mesures d'intervention précoce), art. 1ter à 1quinquies RAI (détection précoce) et art. 1septies à 1octies RAI (mesures d'intervention précoce). Les détails sont réglés dans la Circulaire sur la détection et l'intervention précoces (CDIP), également en vigueur depuis le 1er janvier 2008 (concernant les effets juridiques des circulaires de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS], cf. consid. 4.6). Alors que les dispositions de la LAI et du RAI concernant la détection et l'intervention précoces n'ont pas été modifiées entre leur entrée en vigueur jusqu'à aujourd'hui, la CDIP a par contre fait l'objet de précisions, compléments et modifications, de sorte que la 6e version de cette circulaire est actuellement en vigueur.

(4.4) Selon l'al. 1 de l'art. 7d LAI, les mesures d'intervention précoce ont pour but de maintenir à leur poste les assurés en incapacité de travail ou de permettre leur réadaptation à un nouveau poste au sein de la même entreprise ou ailleurs. L'al. 2 de l'art. 7d LAI prévoit les mesures suivantes : adaptation du poste de travail, cours de formation, placement, orientation professionnelle, réadaptation socioprofessionnelle, mesures d'occupation. Selon l'al. 4 de l'art. 7 d LAI, le Conseil fédéral peut compléter la liste des mesures. Il règle la durée de la phase d'intervention précoce et fixe le montant maximal pouvant être consacré, par assuré, aux mesures de ce type. Selon l'art. 1septies RAI, la phase d'intervention précoce s'achève par : la décision relative à la mise en oeuvre des mesures de réadaptation prévues à l'art. 8, al. 3, let. abis et b, LAI; la communication du fait qu'aucune mesure de réadaptation ne peut être mise en oeuvre avec succès et que le droit à la rente sera examiné; ou la décision selon laquelle l'assuré n'a droit ni à des mesures de réadaptation prévues à l'art. 8, al. 3, let. abis et b, LAI, ni à une rente. (4.5) Le message concernant la 5e révision de l'AI du 22 juin 2005 indiquait que la durée de la phase d'intervention précoce devait être fixée par le Conseil fédéral à titre de norme qualitative pour les offices AI et qu'elle devrait être d'environ six mois (message p. 4274). Le message précisait qu'il n'existait aucun droit aux mesures d'intervention précoce et que la personne assurée ne touchait pas d'indemnité journalière de l'AI durant l'exécution de ces mesures, mais percevait des indemnités journalières en cas de maladie ou était financièrement couverte du fait que son employeur continuait à lui verser le salaire (message p. 4275). Cependant le message précisait que, dès que les conditions du droit aux mesures de réadaptation de l'AI sont remplies, ces mesures doivent être

A/3359/2015 - 15/23 - octroyées par voie de décision. Il ne faut pas attendre la fin de la durée maximale de la phase d'intervention précoce. En d'autres termes, le droit aux mesures de réadaptation - et aux indemnités journalières qui vont de pair - peut tout à fait prendre naissance au cours des six mois environ que dure la phase d'intervention précoce (message p. 4274). Le message précise aussi que, au terme de la phase d'intervention précoce, on a donc établi quelles mesures professionnelles sont nécessaires et, le cas échéant, quel montant de rente entre en ligne de compte pour obtenir la meilleure réinsertion possible dans le monde du travail (message p. 4274). (4.6) Les circulaires de l'OFAS comme la CDIP sont des directives à l'égard des Offices AI et ne lient pas le juge des assurances sociales (ATF 141 V 139 consid. 6.3.1). Ces directives n'ont d'effet qu'à l'égard de l'administration, dont elles donnent le point de vue sur l'application d'une règle de droit et non pas une interprétation contraignante de celle-ci. Cela ne signifie toutefois pas que le juge des assurances sociales n'en tienne pas compte. Au contraire, il doit les prendre en considération lors de sa décision lorsqu'elles offrent une interprétation satisfaisante des dispositions légales applicables et adaptée au cas d'espèce. Il ne s'en écarte que dans la mesure où les directives administratives établissent des normes qui ne sont pas conformes

aux dispositions légales applicables (ATF 142 V 442 consid. 5.2). Alors que le chiffre marginal 6 de la CDIP version 1 mentionnait que l'objectif de la phase d'intervention précoce est d'établir dans les six mois si des personnes dont l'invalidité effective n'a pas encore été déterminée avec précision ont bien droit à des prestations ordinaires de l'AI, la version 6 précise en son chiffre marginal 3014 que la phase d'intervention précoce commence au moment du dépôt de la demande de prestations AI et s'achève au plus tard douze mois après (art. 49 LAI) par la décision de principe en vertu de l'art. 1 septies RAI. Le chiffre marginal 3002 des versions 2 à 5 mentionnant que les mesures d'intervention précoce peuvent être octroyées aux assurés qui ont présenté une demande de prestations AI et que nul ne peut se prévaloir d'un droit à ces mesures a été abrogé au 1er janvier 2018 par la version 6. Étant donné que l'art. 7d al.3 LAI n'a pas changé, cette abrogation, qui est du reste bien postérieure à l'état de fait du cas présent, a probablement été effectuée pour des raisons de clarté et de compréhension. (4.7) Comme mentionné plus haut, dans le cas présent, l'OAIE a financé un montant de CHF 8'000.- pour l'achat d'un transporteur électrique dans le cadre de mesures d'intervention précoce avec maintien au poste de travail. Cette prestation a été accordée par communication du 28 mars 2014 (AI pce 55), alors que le recourant avait présenté la demande de détection précoce le 27 juillet 2012, soit 20 mois avant la communication en question. La phase d'intervention précoce aurait en principe dû durer environ six mois (au maximum 12 mois) et donc, vu la demande du 27 juillet 2012, se terminer le 26 janvier 2013 (ou au plus tard le 26 juillet 2013). La durée ordinaire de la phase d'intervention précoce a donc largement été dépassée en l'occurrence. Toutefois les mesures d'intervention précoce en elles-mêmes ne peuvent pas faire l'objet de la présente procédure, étant donné que nul ne peut pas

A/3359/2015 - 16/23 - se prévaloir d'un droit aux mesures d'intervention précoce (art. 7d al.3 LAI). La participation de l'assurance-invalidité à l'achat du transporteur électrique, même si elle est intervenue très tardivement, était certes judicieuse puisqu'elle a finalement permis au recourant de conserver son poste de travail. Cette participation aux frais n'est du reste pas contestée par les parties. (4.8) En revanche, le recourant a déposé une demande ordinaire de prestations AI le 22 novembre 2012 (AI pce 14), soit bien avant que l'OAIE tranche la question des mesures d'intervention précoce. C'est donc l'issue de cette demande de prestations et en particulier le droit éventuel à une rente (limitée dans le temps) qu'il convient d'examiner dans la présente procédure. (4.9) De plus, le Tribunal de céans note que, dans l'arrêt cité par l'OAIE (VSI 2001 p. 148), il ne s'agissait pas de mesures d'intervention précoce, mais d'une réadaptation où l'assuré jouissait d'indemnités journalières pendant les mesures de réadaptation. Dans un tel cas, les indemnités journalières de l'AI remplissent le même rôle qu'une rente d'invalidité, à savoir compenser la perte de gain. En l'occurrence, le recourant n'a certes pas subi de perte de gain ; ce n'est cependant pas dû à des indemnités journalières de l'assurance-invalidité, mais à l'assurance perte de gain de son employeur. Il serait tout à fait inapproprié d'admettre que le cas d'assurance ne peut pas survenir tant que l'office AI examine si des mesures d'intervention précoce sont possibles et ce sur une période qui dépasse largement six mois (ou même douze mois). Une telle pratique ne correspondrait du reste pas à l'art. 29 al. 2 LAI. Le but de l'introduction de la détection et de l'intervention précoces est que l'AI soit informée rapidement d'un cas d'incapacité de travail pour prendre des mesures immédiatement et non d'éviter ou retarder l'octroi de prestations ordinaires. En l'occurrence, le recourant a déposé une demande ordinaire de prestations AI le 22 novembre 2012 parce que, contrairement au pronostic initial, il n'a pas pu reprendre son activité lucrative à 100% après l'opération du

dos d'avril 2012. La demande ordinaire de prestations AI du 22 novembre 2012 doit être traitée comme si le recourant n'avait pas déposé de demande de détection précoce le 27 juillet 2012. Il convient donc d'examiner si les conditions pour l'octroi d'une rente d'invalidité sont remplies ».

E. 4.1

Avec répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition)

E. 4.2

Sans répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition)

E. 4.3

Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

E. 4.4

Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).

E. 4.5

Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs

A/3359/2015 - 22/23 - 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) ?

E. 4.5.1

Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ? 5. Limitations fonctionnelles Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic (en mentionnant leur date d'apparition) :

E. 5

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

A/3359/2015 - 17/23 - 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 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écartier d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une

A/3359/2015 - 18/23 - expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). 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. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal

fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 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 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 5.1

dans l'activité habituelle,

E. 5.2

dans une activité adaptée. 6. Capacité de travail

E. 6

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).

A/3359/2015 - 19/23 - 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). Si

l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 6.1

Dater la survenance de l'incapacité de travail durable pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.

E. 6.2

Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans son activité habituelle ?

E. 6.3

Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans une activité adaptée ?

E. 6.3.1

Indiquer depuis quand une telle activité adaptée est exigible et quel est le domaine d'activité adapté.

E. 6.4

Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer. 7. Traitement

E. 7

Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88a al. 1 RAI); on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (deuxième phrase de la disposition; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En

A/3359/2015 - 20/23 - règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1). En vertu de l'art. 88bis al. 1 RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (let. b). En vertu de l'art. 88bis al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet, au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a), ou rétroactivement à la date où elle a cessé de

correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77.

E. 7.1

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

E. 7.2

La personne expertisée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ?
La compliance est-elle bonne ?

E. 7.3

Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?

E. 7.4

Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée. 8. Appréciation d'avis médicaux du dossier

E. 8

La question de la force probante des expertises réalisées par la clinique Corela a donné lieu à l'arrêt 2C_32/2017 du 22 décembre 2017 relatif au retrait de l'autorisation d'exploitation, puis à l'ATF 144 V 258, dans lequel le Tribunal fédéral a considéré qu'il n'était pas admissible de reprendre les conclusions d'une expertise qui avait été établie dans des circonstances ébranlant de manière générale la confiance placée dans l'institution mandatée à cet effet.

E. 8.1

Êtes-vous d'accord avec les avis médicaux du SMR, des experts s'étant déjà prononcés et des médecins traitants ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation de la capacité de travail de la personne expertisée ? Si non, pourquoi ?

A/3359/2015 - 23/23 -

E. 9

Quel est le pronostic ?

E. 10

Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

E. 11

Estimez-vous que l'expertise devrait être complétée par un examen rhumatologique ?

E. 12

Faire toutes autres observations ou suggestions utiles F. 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. G. Invite les experts à déposer leur rapport en trois exemplaires dans les meilleurs délais auprès de la chambre de céans. H. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

Isabelle CASTILLO

La présidente

Catherine TAPPONNIER

Une copie 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.