

## **GE\_GERICHTE ATAS/772/2018 vom 10. September 2018**

GE Cour de justice, 2018-09-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_772\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_772_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/772/2018 du 10 septembre 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/772/2018 del 10 settembre 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 8**

Sur cette base, par courrier du 30 août 2017, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision rejetant la demande et refusant ainsi toutes prestations.

#### **E. 9**

Par courrier du 14 septembre 2017, l'assurée a contesté ce projet. Elle conclut au réexamen de son dossier en vue d'une rente à 50 %. Elle travaillait à 50 % et son état de santé ne lui permettait pas de travailler à un taux supérieur, en raison des douleurs et de la fatigue, malgré une adaptation optimale de son poste de travail. Elle pensait que l'OAI s'était fondé sur le rapport de la Dresse F\_\_\_\_\_ pour rejeter sa demande. Elle a toutefois recouru contre la décision de son assureur perte de gain qui, après examen du rapport par sa rhumatologue, avait accepté son recours. Elle produisait à l'appui de sa contestation la copie de l'appréciation médicale de sa rhumatologue traitante du 4 août 2017 à Visana. Ce rapport détaillé et motivé indiquait les raisons pour lesquelles la rhumatologue traitante conteste les conclusions de l'experte qui, selon elle, a surtout regardé les examens complémentaires, négligeant tous les autres aspects qui doivent être pris en compte pour permettre, dans les règles de l'art, de poser un diagnostic, si l'on en juge la taille du dossier et le temps réellement passé avec la patiente. Le détail de l'avis médical de cette spécialiste sera repris dans la mesure utile dans les considérants qui vont suivre.

#### **E. 10**

Par courrier du 3 octobre 2017, Visana a porté à la connaissance de l'OAI la copie de la détermination sur opposition de l'assurée à la suspension de ses prestations à partir du 1er août 2017. Sur la base du rapport de la rhumatologue traitante, les explications contenues dans ce rapport étaient correctes, de sorte que la suspension des prestations était annulée, Visana continuant à verser les indemnités journalières à partir et au-delà du 1er août 2017.

#### **E. 11**

Dans un nouvel avis, succinct, du 5 décembre 2017, s'inscrivant dans le cadre de l'audition, le SMR (Dr H\_\_\_\_\_) rappelant les conclusions de son précédent avis (15 août 2017), fondé sur l'expertise rhumatologique du 20 juillet 2017, a considéré que les nouvelles pièces médicales (courrier du rhumatologue traitant du 4/08/2017) n'apportaient pas d'éléments cliniques nouveaux susceptibles de modifier l'appréciation du cas par le SMR. Par ailleurs aucun élément clinique objectif postérieur à l'expertise, n'est mentionné qui permettrait de retenir une quelconque aggravation de l'état de santé ou de nouvelles atteintes à la santé. Les conclusions précédentes demeuraient donc valables.

A/217/2018 - 5/15 -

#### **E. 12**

Sur quoi l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, par décision du 5 décembre 2017.

### **E. 13**

Par mémoire du 22 janvier 2018, l'assurée, représentée par un conseil, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision susmentionnée. Elle conclut préalablement à la réalisation d'une expertise rhumatologique, et à l'audition et confrontation des Dresses F\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ ; et sur le fond, à l'annulation de la décision du 5 décembre 2017, à la reconnaissance du droit de l'assurée à toutes les prestations de l'assurance-invalidité et notamment à une demi-rente d'invalidité, le tout avec suite de frais et dépens. Elle reprend la chronologie des faits rappelés ci-dessus et l'évolution de son atteinte à la santé. Elles visent également, en le reprenant in extenso, le rapport médical de la rhumatologue traitante du 4 août 2017, et produit en outre la copie d'un rapport complémentaire du 8 janvier 2018 de cette dernière au SMR ; ce dernier rapport reprend certains aspects du rapport précédent, et notamment les raisons pour lesquelles elle avait retenu le diagnostic de spondylarthropathie axiale et périphérique, précisant en outre que le diagnostic qu'elle avait posé avait été récemment encore confirmé par le Professeur I\_\_\_\_\_, médecin adjoint au service de rhumatologie des HUG, dans le cadre d'une consultation spécialisée – elle produit également les rapports de ce dernier des 11 décembre 2017 et 11 janvier 2018. L'OAI avait rendu sa décision sur la base de l'avis du SMR, lequel avait sans autre discussion repris les conclusions de l'experte de la clinique Corela, sans même indiquer en quoi cet avis serait préférable à celui, divergent, des médecins traitants, en particulier pourquoi le diagnostic de spondylarthropathie posé par les médecins traitants devrait être écarté, en dépit des avis motivés de ces derniers et en particulier par la rhumatologue traitante. Or, le rapport d'expertise ne pouvait se voir reconnaître une valeur probante.

### **E. 14**

Par écriture spontanée du 6 mars 2018, le conseil de la recourante s'est référé au récent arrêt du Tribunal fédéral relatif aux graves manquements constatés dans la réalisation de très nombreuses expertises par la clinique Corela, ayant conduit aux sanctions prises à son encontre par la justice, au point que, d'évidence, l'expertise réalisée à propos de la recourante ne pouvait se voir reconnaître aucune valeur probante. C'était d'autant plus évident que même l'assurance perte de gain qui pourtant avait mandaté cet expert, avait refusé de suivre ses conclusions, déniait toute valeur probante au rapport d'expertise.

### **E. 15**

L'intimé s'est déterminé sur le recours par courrier du 15 mars 2018, après avoir soumis une nouvelle fois le cas au SMR. Ce dernier avait examiné les nouveaux documents médicaux produits dans le cadre du recours, soit le courrier de la rhumatologue traitante du 8 janvier 2018, ainsi que les comptes-rendus de consultations du Prof. I\_\_\_\_\_ des 11 décembre 2017 et 11 janvier 2018. Le SMR avait procédé au réexamen de toutes les pièces médicales versées au dossier, notamment l'expertise Corela, et comparé lesdites pièces avec les rapports du Prof. I\_\_\_\_\_. Il en résultait que le diagnostic de spondylarthrite ankylosante est A/217/2018 - 6/15 - vraisemblable. Il existe en effet des éléments cliniques tels que la douleur articulaire inflammatoire (nocturne, au repos), la raideur matinale d'une heure et demie, les talalgies, la tuméfaction des doigts, l'asthénie, la réponse aux anti-TNF (même si elle fut partielle). De plus, une IRM de mai 2017 suggère une inflammation des

articulations. Une nouvelle immunothérapie (traitement de fond) avait été entamée en décembre 2017 (Humira). Pour acquiescer son efficacité, il était nécessaire de maintenir ledit traitement sur six mois et réévaluer la situation. En conclusion, le SMR estimait qu'il existe une atteinte à la santé ayant un impact durable sur la capacité de travail ; de plus, l'état de santé de l'assurée ne pouvait, au vu de ce qui précède, être considéré comme stabilisé. L'OAI arrive dès lors à la conclusion qu'au vu de l'avis de son service médical, il y a lieu de conclure au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

#### **E. 16**

Par écriture spontanée du 21 mars 2018, la recourante a encore adressé à la chambre de céans la copie de l'avis du médecin-conseil de Visana ayant apprécié et comparé le rapport d'expertise Corela et l'avis de la rhumatologue traitante ayant conduit Visana à annuler sa décision et reprendre le versement de ses prestations. Il ressortait notamment de l'avis de ce médecin-conseil, à propos de l'expertise de la clinique Corela, que la rhumatologue qui avait effectué l'évaluation n'était probablement pas informée des nouveaux critères du groupe ASAS concernant la «spondylarthropathie au stade pré-radiologique ». Dans ce cadre en effet, aucune pathologie n'est décelable par radiographie, au début de la maladie. Il faut partir du principe que la personne assurée doit être classée dans ce groupe, puisque la symptomatologie clairement inflammatoire et le traitement partiel au moyen des médicaments de base l'indiquent. Ce médecin-conseil concluait que l'incapacité de travail, confirmée par la rhumatologue traitante, était attestée. Le pronostic était probablement limité, étant donné la maladie inflammatoire chronique et uniquement le traitement partiel au moyen d'une thérapie de base.

#### **E. 17**

La recourante a encore répliqué. Elle est satisfaite de constater que l'OAI entend enfin raison et refuse de suivre l'avis de la clinique Corela. C'est toutefois de manière erronée que le SMR indique que ce seraient les nouveaux documents médicaux produits dans le cadre du recours uniquement qui démontreraient l'existence de nouveaux éléments cliniques justifiant l'existence d'un diagnostic de spondylarthrite ankylosante. Le rapport de la rhumatologue traitante du 4 août 2017 faisait d'ores et déjà état de ses arguments. Elle persiste pour le surplus dans ses précédentes écritures, estimant qu'il appartient à la chambre de céans d'ordonner la réalisation d'une expertise médicale judiciaire rhumatologique. Si la juridiction décidait néanmoins de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, il y aurait lieu d'ordonner à l'OAI d'écarter au préalable l'expertise Corela susmentionnée et de réaliser une expertise médicale rhumatologique après désignation consensuelle de l'expert et de la mission d'expertise. Elle persistait à solliciter la condamnation de l'intimé aux frais et dépens.

A/217/2018 - 7/15 -

#### **E. 18**

Par courrier du 26 avril 2018, l'intimé a brièvement dupliqué. Il persiste dans ses dernières conclusions en renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

#### **E. 19**

Enfin, par courrier du 23 août 2018, la recourante a produit un rapport complémentaire de la rhumatologue traitante, du 18 juin 2018, décrivant le traitement en cours et son évolution, laquelle confirme le diagnostic de spondylarthropathie. La Dresse E\_\_\_\_\_ indique en outre

que sa patiente travaille actuellement à 50 % et qu'une augmentation du temps de travail semble difficile, voire impossible, en raison des douleurs et de la fatigue qui s'exacerbe lorsqu'elle reste, ne serait-ce qu'une demi-heure de plus, à son poste. Ce rapport confirme ainsi les diagnostics retenus, et la capacité de travail évaluée par les médecins traitants de la recourante.

EN DROIT 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) 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. 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. 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, (art. 56ss LPGA et 89Ass de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE - E 5 10). 4. Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité à raison de l'atteinte à la santé, singulièrement sur la question de savoir si les troubles qui l'affectent sont de nature à avoir une influence sur sa capacité de travail et de gain. 5. 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

A/217/2018 - 8/15 - 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). 6. a. 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

A/217/2018 - 9/15 - 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). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 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). 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 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

A/217/2018 - 10/15 - cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). b. Selon l'art. 43 al. 1, 1ère phrase LPGA l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'art. 69 RAI précise pour l'AI que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C\_408/2014 et 8C\_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). 7. 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). 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

A/217/2018 - 11/15 - 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 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). 8. En l'espèce, il est constant que l'intimé a rendu son projet de refus de prestations sur la base de l'avis du SMR du 15 août 2017, reprenant sans les discuter les conclusions du rapport d'expertise de la clinique Corela, et sans même évoquer les raisons pour lesquelles il écartait l'avis de la rhumatologue traitante, pourtant motivé et répondant quant à son contenu aux exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante. Nanti d'un rapport médical précis et motivé (Dresse E\_\_\_\_\_ du 4 août 2017), indiquant les raisons pour lesquelles le rhumatologue traitant contestait les conclusions de l'expert, et informé par l'assurée, puis par Visana elle-même, que cette dernière avait finalement dénié toute valeur probante au rapport de l'expert qu'elle avait elle-même mis en œuvre, le SMR s'est borné à considérer, laconiquement et sans la moindre argumentation, que le nouveau rapport de la rhumatologue traitante n'apportait aucun élément nouveau susceptible de modifier son appréciation du 15 août 2017 (Avis SMR du 5 décembre 2017) ; l'OAI a ainsi rendu la décision entreprise du 5 décembre 2017 sur la base de l'avis de son service médical du même jour. Il ressort également des divers rapports médicaux complémentaires produits à l'appui du recours et en procédure devant la chambre de céans, certes postérieurs à la décision entreprise, mais venant confirmer et conforter les avis des médecins traitants antérieurs à cette décision et versés au dossier, par rapport aux diagnostics posés, à l'état de santé de la patiente et ses conséquences sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles dues à la maladie diagnostiquée. C'est plus particulièrement le cas du rapport de la rhumatologue traitante, au sujet des critiques justifiées et argumentées de façon solide et convaincante, au sujet du rapport d'expertise de la clinique Corela. Ainsi la chambre de céans considère, à l'instar des parties que, dans le cas d'espèce, les avis convergents des médecins traitants, solidement motivés et convaincants, sont de nature à jeter pour le moins un doute sérieux au sujet du rapport de la Dresse F\_\_\_\_\_ (clinique Corela), conduisant à lui dénier toute valeur probante. Il ressort en effet des documents médicaux produits, et en dernier lieu de l'avis exprimé par le médecin-conseil de Visana, que les conclusions de la Dresse F\_\_\_\_\_, excluant tout diagnostic rhumatologique, reposent notamment sur une méconnaissance de l'état actuel de la science médicale. Du reste, le SMR en est convenu, dans son dernier avis. Il convient néanmoins d'observer à ce sujet que, contrairement à ce qu'il laisse entendre, ce changement d'avis du SMR, qui repose selon lui sur les documents médicaux nouveaux produits en procédure de recours par l'assurée, ne viennent que confirmer ce qu'a toujours affirmé la rhumatologue traitante, dans des rapports

A/217/2018 - 12/15 - antérieurs et d'ores et déjà au dossier au moment où la décision entreprise a été rendue. Ainsi, si le SMR avait repris plus tôt, - comme il l'a fait, en cours de procédure de recours, pour parvenir à son avis du 21 février 2018 -, toutes les pièces médicales versées au dossier, et les avait confrontées entre elles, notamment au rapport d'expertise de la clinique Corela, il aurait déjà en décembre 2017, à tout le moins réalisé que l'expertise diligentée par Visana ne pouvait se voir accorder pleine valeur probante, et aurait déjà à ce moment-là proposé à l'OAI de poursuivre et compléter l'instruction médicale, comme il le propose sur recours. Ainsi, résulte-t-il de ce qui précède que l'avis de la Dresse F\_\_\_\_\_ (clinique Corela), est totalement isolé, et valablement contredit par tous les autres médecins ayant eu connaissance de la situation médicale de la recourante, soit les médecins des assurances sociales (médecin-conseil de VISANA et finalement le SMR), les médecins traitants et les spécialistes consultés à la suggestion de ces derniers. A cela s'ajoute encore

que le Tribunal fédéral, à la suite de son arrêt relatif à la clinique Corela (2C\_32/2017 du 22 décembre 2017), a notamment rendu un arrêt dans lequel il relève en substance qu'indépendamment du fait que l'expert V. (intervenant dans le cadre de la clinique Corela) ne répondait pas à la question essentielle posée, « il n'est pas certain que l'on puisse accorder pleine confiance aux conclusions de cette expertise pratiquée au sein du "département expertise" de la Clinique Corela SA. En effet, par arrêté du 25 juin 2015 le Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé de la République et canton de Genève a retiré à cet établissement l'autorisation d'exploiter une institution de santé pour une durée de trois mois. Ce retrait a été confirmé par le Tribunal fédéral en ce qui concerne du moins les départements "psychiatrie" et "expertise" de cet établissement. (...) Les expertises pratiquées auprès du département en question ont un poids déterminant pour de nombreux justiciables, de sorte que l'on peut attendre de ces expertises qu'elles soient rendues dans les règles de l'art, (...) et dans lesquelles l'administré et l'autorité peuvent avoir pleine confiance, (...) Or de très importants manquements ont été constatés dans la gestion de l'institution de santé et en particulier des graves violations des devoirs professionnels incombant à une personne responsable d'un tel établissement. C'est pourquoi le Tribunal fédéral a jugé qu'une mesure de retrait de trois mois de l'autorisation d'exploiter le département "expertise" n'était pas contraire au droit [arrêt 2C\_32/2017 du 22 décembre 2017] ». Il a ensuite relevé qu'à la suite de cet arrêt, la Cour de justice de la République et canton de Genève avait publié un communiqué de presse aux termes duquel les assurés dont le droit à des prestations avait été nié sur la base d'une expertise effectuée à la Clinique Corela SA avaient la possibilité de demander la révision - devant l'autorité qui a statué en dernier lieu au sujet de la décision les concernant - sans garantie quant au succès de cette démarche - dans un délai de 90 jours depuis la connaissance des faits susmentionnés, et que de son côté, en réponse à une question d'une parlementaire, le Conseil fédéral a indiqué que les organes de l'assurance-invalidité avaient renoncé à confier des mandats d'expertise

A/217/2018 - 13/15 - à cette clinique depuis 2015 et qu'ils venaient de résilier la convention tarifaire conclue avec celle-ci. Et le Tribunal fédéral de conclure qu'au vu de ce qui précède, on ne saurait reprocher à la cour cantonale de s'être écartée - même si c'était pour d'autres motifs - des conclusions de l'expert V. et d'avoir renvoyé la cause à la recourante pour instruction complémentaire (arrêt du TF 8C\_657/2017 du 14 mai 2018 consid. 5.2.2). Enfin, dans un arrêt 9F\_5/2018 du 16 août 2018, le TF a admis la demande de révision d'une assurée qu'il avait déboutée en 2016 en reconnaissant, à l'instar de la juridiction cantonale une pleine valeur probante à une expertise de la clinique Corela. Il a considéré que l'expertise en cause ayant été rendue le 21 mars 2014 par un médecin psychiatre au sein de cette clinique, soit à une époque où le responsable médical du "département expertise" modifiait illicitement le contenu de rapports, cette expertise ne peut pas servir de fondement pour statuer sur le droit de la requérante aux prestations de l'assurance-invalidité. Peu importe le point de savoir si ledit responsable est concrètement intervenu dans la rédaction du rapport du docteur J\_\_\_\_\_, voire en a modifié le contenu à l'insu de son auteur, parce qu'il n'est en tout état de cause pas possible d'accorder pleine confiance au rapport du 21 mars 2014, établi sous l'enseigne de la clinique K\_\_\_\_\_. Les exigences liées à la qualité de l'exécution d'un mandat d'expertise médicale en droit des assurances sociales ne pouvaient être considérées comme suffisamment garanties au sein du "département expertise" de celle-ci (sur l'importance de la garantie de qualité de l'expertise administrative, SUSANNE LEUZINGER, Die Auswahl der medizinischen

Sachverständigen im Sozialversicherungsverfahren [Art. 44 ATSG], in Soziale Sicherheit - Soziale Unsicherheit, Mélanges à l'occasion du 65ème anniversaire de Erwin Murer, 2010, p. 438). Par conséquent et vu de ce qui précède, le renvoi du dossier à l'intimé se justifie. Il appartiendra à ce dernier de mettre en œuvre une expertise en rhumatologie et de donner la possibilité à la recourante de se prononcer sur la personne des experts retenus et/ou sur les questions à leur soumettre. 9. La recourante conclut enfin à ce qu'il soit ordonné à l'intimé d'écarter du dossier le rapport d'expertise Corela, préalablement à l'instruction complémentaire qu'il diligentera. La chambre de céans constate toutefois que ce rapport, quelle que soit sa valeur, - et au vu de ce qui précède il est établi que l'on ne peut lui accorder aucune valeur probante -, fait partie du dossier et de ses aléas, et explique notamment l'évolution qu'il a suivie, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'en retirer formellement ce document. 10. Le recours est ainsi partiellement admis. La décision du 5 décembre 2017 sera annulée et la cause renvoyée à l'intimé, afin qu'il mette en œuvre une expertise en matière rhumatologique, et rende une nouvelle décision. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du

A/217/2018 - 14/15 - règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/217/2018 - 15/15 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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