

## **GE\_GERICHTE ATAS/912/2017 vom 17. Oktober 2017**

GE Cour de justice, 2017-10-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_912\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_912_2017)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/912/2017 du 17 octobre 2017

IT: GE\_GERICHTE ATAS/912/2017 del 17 ottobre 2017

### **Erwägungen**

#### **E. 15**

Par projet de décision du 30 mars 2016, l'OAI a refusé à l'assuré l'octroi de mesures professionnelles et lui a octroyé une rente d'invalidité entière limitée dans le temps, du 1er août 2011 au 30 novembre 2012.

#### **E. 16**

Par courrier du 25 avril 2016, l'assuré a fait part de son désaccord avec ledit projet. Ce n'était pas lui qui avait mis fin à son stage aux EPI, mais « l'organisateur » du fait qu'il n'avait pas trouvé d'orientation compatible avec son état de santé du moment et, partant, n'était pas en mesure de lui proposer de stage professionnel. Pour le surplus, l'assuré a invité l'OAI à suspendre sa décision, le temps de permettre au Dr K\_\_\_\_\_ de réactualiser son dossier médical et de faire part de ses constatations et conclusions.

A/4015/2016 - 7/23 -

#### **E. 17**

Par certificat médical du 26 avril 2016, le Dr K\_\_\_\_\_ a attesté que l'état de santé de l'assuré nécessitait, depuis 2011, des soins réguliers pour les maladies suivantes : - diabète de type 2 depuis 2013 ; - gastroscopie pratiquée en 2015 : hernie hiatale avec reflux gastro-œsophagien / gastrite contre-indiquant la prise régulière d'anti-inflammatoires et nécessitant l'arrêt d'AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) ; - ostéoporose diagnostiquée en 2014, problématique en regard d'une éventuelle prothèse totale du genou ; - en février 2016 : hypogonadisme hypergonadotrope et hyperprolactinémie en cours d'investigation par les endocrinologues des HUG, pouvant être la cause de l'ostéoporose ; - hernie inguinale bilatérale nécessitant une cure chirurgicale et limitant le port de charges lourdes ; - troubles dégénératifs étagés cervicaux et lombaires ; - « cholesteatome ? / acouphène et hypoacousie gauche ? » ; l'avis d'un médecin ORL était en attente.

#### **E. 18**

Par avis du 16 juin 2016, la docteure L\_\_\_\_\_, médecin SMR, a estimé que le Dr K\_\_\_\_\_ citait des diagnostics déjà connus et le traitement actuel de l'assuré, sans donner d'élément médical nouveau. Dans ces circonstances, il convenait de s'en tenir aux précédentes conclusions du SMR.

#### **E. 19**

Par courrier du 28 juin 2016, l'OAI a informé l'assuré que la procédure d'audition était terminée et qu'une décision sujette à recours lui serait notifiée par la Caisse de compensation des machines (Swissmem).

#### **E. 20**

Par pli du même jour, l'OAI a invité la Caisse de compensation Swissmem (ci- après : la caisse) à préparer le calcul de la prestation et à notifier la décision correspondante à l'assuré.

#### **E. 21**

Par décision du 19 septembre 2016, la Caisse de compensation Swissmem (ci- après : la caisse) a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité entière ainsi que deux rentes pour enfant liées à celle de leur père du 1er août 2011 au 30 novembre 2012, précisant que le paiement rétroactif de ces prestations (CHF 57'696.-) serait versé à Visana Services SA (ci-après : Visana), assureur perte de gain de l'employeur. Une copie de la motivation de la décision, par l'OAI, était annexée à cette décision. Il en ressortait que dans la mesure où le SMR avait considéré, par avis du 16 juin 2016, que le courrier du 26 avril 2016 du Dr K\_\_\_\_\_ n'apportait aucun nouvel élément pertinent, le projet de décision du 30 mars 2016 était confirmé.

#### **E. 22**

Par courrier du 24 octobre 2016, l'assuré, agissant par l'entremise d'un mandataire professionnellement qualifié, a reproché en substance à l'OAI de n'avoir pas traité son « opposition » au projet de décision du 30 mars 2016. Force était donc de

A/4015/2016 - 8/23 - constater que ni l'OAI ni la caisse ne lui avaient jamais notifié de « décision par recommandé avec accusé de réception comme l'exige la procédure ». En conséquence, l'OAI était invité à lui notifier à nouveau la décision et à restituer les délais afin de lui permettre de recourir « tant sur la décision que sur le calcul » auprès de la chambre des assurances sociales.

#### **E. 23**

Le 25 octobre 2016, l'OAI a transmis à l'assuré une copie de la décision de la caisse du 19 septembre 2016, à laquelle était annexée la motivation de l'OAI.

#### **E. 24**

Le 24 novembre 2016, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité au-delà du 30 novembre 2012 pour lui-même et les enfants M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_.

#### **E. 25**

Le 15 décembre 2016, le recourant a complété son écriture en faisant valoir qu'il n'avait plus exercé la moindre activité depuis son opération du 31 octobre (recte : 31 mai) 2010 et que toutes les mesures d'intervention précoce visant à lui permettre d'exercer une activité, même adaptée à ses limitations ou à un taux réduit, s'étaient soldées par un échec, malgré sa bonne volonté, les douleurs ne lui permettant pas de travailler. Le taux d'invalidité de 35% retenu par l'intimé était contestable en tant qu'il ne tenait compte ni de l'ensemble de ses limitations fonctionnelles, ni de sa baisse de rendement. Pour corroborer ses dires, le recourant a produit un rapport du 17 novembre 2016 du Dr K\_\_\_\_\_, mentionnant, outre les troubles rhumatologiques, des affections relevant de la gastroentérologie (polypes du sigmoïde en 2016, hernie hiatale révélée par gastroscopie en 2015-2016, hernie inguinale bilatérale ainsi qu'une carence en fer diagnostiquée en novembre 2016), de l'endocrinologie (diabète de type 2 depuis 2013, ostéoporose « t score-3 » d'origine endocrinologique, hypogonadisme hypogonadotrope/insuffisance testiculaire) et de troubles urologiques

(colique néphrétique et adénome de la prostate). Sur le plan des limitations, le Dr K\_\_\_\_\_ a mentionné : - une fatigabilité musculaire à l'effort due à l'hypogonadisme et à la carence en fer ; pour cette dernière, une supplémentation était en cours ; - limitation de la capacité de porter des charges lourdes en raison de la dégénérescence arthrosique cervico-lombaire et de la hernie inguinale non opérée ; - limitation de la capacité de rétention d'urines / prostatisme ; - limitation de la position penchée en avant, due à la hernie hiatale ; - limitation des traitements antalgiques en raison d'une contre-indication des AINS Selon le Dr K\_\_\_\_\_, la mesure d'orientation professionnelle aux EPI n'avait pas été couronnée de succès, du fait d'une limitation des capacités fonctionnelles induite par les nombreuses pathologies qu'il convenait de réévaluer avec les

A/4015/2016 - 9/23 - différents spécialistes qui s'occupaient actuellement du recourant – et non d'un point de vue exclusivement orthopédique. Pour sa part, le recourant a soutenu qu'au vu de son âge, de ses multiples limitations, de sa connaissance limitée du français et de sa longue incapacité de travail, il y avait lieu de réduire de manière très significative le revenu d'invalidé résultant des statistiques et de tenir compte d'une très sérieuse diminution de rendement, de sorte qu'il avait incontestablement droit à une rente d'invalidité. Enfin, le recourant a relevé que la totalité de sa rente et des rentes pour ses deux enfants mineurs – N\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ – avait été versée à Visana. À cet égard, il a soutenu que les rentes pour enfant ne constituaient pas des prestations de même nature que les indemnités d'assurance-maladie perte de gain. Partant, le montant des rentes pour enfant n'aurait pas dû être reversé à Visana. Aussi a-t-il conclu à l'appel en cause de Visana et à la condamnation de cet assureur à lui restituer les rentes des enfants N\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_.

#### **E. 26**

Le 19 décembre 2016, l'intimé a fait savoir à la chambre de céans que la décision du 19 septembre 2016 avait été envoyée par pli simple et non en recommandé. Il n'existait par conséquent pas de récépissé postal.

#### **E. 27**

Par réponse du 24 janvier 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours en soutenant qu'il n'existait aucune explication médicale permettant d'objectiver un empêchement dans l'exercice d'une activité adaptée à plein temps, comme en attestait un avis du SMR du 5 janvier 2017. Selon le Dr J\_\_\_\_\_, le rapport du 17 novembre 2016 du Dr K\_\_\_\_\_ reprenait toutes les atteintes à la santé du recourant. À l'examen de la liste, on constatait que seules les atteintes ostéoarticulaires et les hernies inguinales pouvaient jouer un rôle sur la capacité de travail en entraînant des limitations fonctionnelles. Toutes les autres atteintes (polypes intestinaux œsophagite, carence martiale, diabète, ostéoporose, hypogonadisme, hématurie macroscopique, colique néphrétique, adénome de la prostate) constituaient des atteintes banales pour l'âge ou n'ayant pas de conséquences à l'heure actuelle, vu en particulier l'absence d'anémie liée à la carence en fer, à l'œsophagite, aux polypes intestinaux ou à l'hématurie. Aux dires du Dr J\_\_\_\_\_, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr K\_\_\_\_\_ n'étaient que physiques ou urinaires, de sorte que son rapport du 17 novembre 2016 ne faisait que confirmer que le recourant ne présentait pas d'atteinte à la santé pouvant diminuer sa capacité de travail dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles. S'agissant enfin de la compensation effectuée par la caisse en faveur de Visana, l'intimé a renvoyé aux explications fournies par la caisse le 19 janvier 2017. Il en ressortait que c'était Visana qui avait fait parvenir à la caisse sa demande de

compensation pour la totalité du rétroactif, y compris les rentes complémentaires pour les enfants.

A/4015/2016 - 10/23 -

#### **E. 28**

Par réplique du 25 février 2017, le recourant a fait valoir que Visana n'avait fait que couvrir sa perte de gain, sans jamais rien verser aux enfants.

#### **E. 29**

Par duplique du 31 mars 2017, l'intimé a renvoyé à des explications complémentaires de la caisse, datées du 27 mars 2017, aux termes desquelles le paiement rétroactif de la rente complémentaire ou de la rente pour enfant pouvait également, en cas de versement en mains d'un tiers ayant consenti une avance, être compensé avec cette avance.

#### **E. 30**

Le 13 avril 2017, le recourant a renvoyé à ses précédentes écritures, précisant qu'il n'avait pas d'observations complémentaires à formuler.

#### **E. 31**

janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne

A/4015/2016 - 13/23 - saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des 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). 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 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). 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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8). 5. 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 (art. 28 al. 2 LAI). 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. 28 al. 2 LAI). 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 que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir

(ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). b. 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

A/4015/2016 - 14/23 - décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). c. 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. c/aa. 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). c/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. 3b/cc). c/cc. 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). c/dd. 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

A/4015/2016 - 15/23 - 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). 7. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre

A/4015/2016 - 16/23 - professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge – conformément au principe de la libre appréciation des preuves – de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C\_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_512/2013 du 16 janvier

2014 consid. 5.2.1). 8. a. 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 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). Il n'existe 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). b. 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 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). c. 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 ;

A/4015/2016 - 17/23 - 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). 9. a. En l'espèce, la décision querellée reconnaît au recourant, ainsi qu'à ses deux enfants cadets, le droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1er août 2011 au 30 novembre 2012, l'extinction du droit à cette date étant fondée sur le rapport d'expertise du 8 décembre 2013 de la Dresse F\_\_\_\_\_. À l'issue de l'examen pratiqué le 26 novembre 2013, ce médecin est parvenu à la conclusion que sur le plan rhumatologique, l'incapacité de travail dans la profession habituelle était totale depuis mai 2010, sans possibilité d'adaptation, mais que dans une profession adaptée, la capacité de travail était totale depuis début septembre 2012. En désaccord avec ce dernier point, le recourant reproche en substance à l'intimé une instruction lacunaire du dossier, en ce sens que les problèmes de santé qui l'affectent ne seraient pas uniquement de nature rhumatologique mais s'étendraient à de nombreuses pathologies qui, selon le Dr K\_\_\_\_\_, limiteraient ses capacités fonctionnelles et expliqueraient l'échec de la mesure d'orientation professionnelle mise en place aux EPI.

Pour sa part, l'intimé renvoie à l'avis SMR du 5 janvier 2017, aux termes duquel seules les atteintes ostéo-articulaires et les hernies inguinales joueraient un rôle sur la capacité de travail et entraîneraient des limitations fonctionnelles. b. Or, force est de constater que la Dresse F\_\_\_\_\_ ne mentionne même pas lesdites hernies inguinales parmi les diagnostics (non rhumatologiques) qu'elle retient et qu'ainsi ses conclusions sont pour le moins sujettes à caution, notamment en tant que ledit médecin se prononce sur les limitations fonctionnelles dans une activité adaptée et sur la question du rendement, ce dernier point étant également susceptible d'être affecté par les autres pathologies et traitements rapportés par le Dr K\_\_\_\_\_, dont la Dresse F\_\_\_\_\_ ne fait en grande partie pas mention. En outre, l'argument de l'experte, tiré d'une « consommation médicamenteuse antalgique et anti-inflammatoire [...] infime » pour conclure à une « nette discrédance entre les données de l'anamnèse sur le plan de l'intensité des douleurs, l'énoncé des limitations fonctionnelles et les données d'observation de l'examen clinique » ne convainc guère au vu de la limitation des traitements antalgiques (contre-indication des AINS) mentionnée par le Dr K\_\_\_\_\_, celle-ci s'expliquant, selon ce médecin, par la présence d'une hernie hiatale avec reflux gastro-œsophagien, affection dont la Dresse F\_\_\_\_\_ ne fait pas non plus état. De même, l'experte ne motive pas la date qu'elle retient (début septembre 2012) pour le retour à une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Enfin et surtout, les conclusions de l'experte sont clairement contredites par le rapport d'observation professionnelle des EPI. Il en ressort en effet que la position debout dynamique et statique est difficilement exploitable et que la position assise ne l'est guère plus,

A/4015/2016 - 18/23 - sans être qualifiée d'exploitable pour autant. Du reste, il est clairement indiqué qu'en dépit d'un engagement constant du recourant durant la première partie de la mesure et d'un grand respect des règles et des consignes, l'absence de vivacité de ses réactions, son rythme et son rendement le cantonnent à une activité en milieu protégé. Quant au Dr J\_\_\_\_\_ du SMR, son rapport du 5 janvier 2017 consiste pour l'essentiel à nier toute valeur incapacitante aux autres troubles mentionnés par le Dr K\_\_\_\_\_ qui s'ajoutent aux atteintes ostéo-articulaires et aux hernies inguinales. Or, selon la jurisprudence, il convient en général de se montrer réservé par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine). c. En l'absence d'une instruction convaincante – sur le plan rhumatologique – et suffisante dans les autres spécialités médicales pertinentes, la chambre de céans ne dispose pas des éléments médicaux nécessaires pour statuer sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Cela suffirait en soi pour admettre partiellement le recours, annuler la décision litigieuse et envoyer la cause à l'intimé pour qu'il complète l'instruction dans les autres domaines médicaux concernés et qu'il sollicite l'avis de la Dresse F\_\_\_\_\_ – ou d'autres experts – sur les conclusions du rapport des EPI. La chambre de céans renoncera toutefois à ordonner un tel renvoi dès lors que, pour les motifs exposés ci-après, il est établi que le recourant peut de toute manière prétendre au maintien de sa rente entière d'invalidité au-delà du 30 novembre 2012. 10. a. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 28 al. 2 LAI), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de

savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 296 consid. 3b et les références). b. Selon la jurisprudence, l'âge de la personne assurée constitue de manière générale un facteur étranger à l'invalidité qui n'entre pas en considération pour l'octroi de prestations. S'il est vrai que ce facteur – comme celui du manque de formation ou les difficultés linguistiques – joue un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, il ne constitue pas, en règle générale, une circonstance supplémentaire qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, est

A/4015/2016 - 19/23 - susceptible d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'il rend parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). La jurisprudence a toutefois reconnu que lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 V 457 consid. 3.1 et les références). Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 p. 461 s. ; voir aussi SCHNEIDER, L'âge et ses limites en matière d'assurance-invalidité, de chômage et de prévoyance professionnelle étendue, in *Grenzfälle in der Sozialversicherung*, 2015, p. 5). Suivant la jurisprudence précitée, datant de 2012, pour déterminer s'il est exigible d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il mette en valeur sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée (cf. art. 16 LPGA), il faut se placer au moment de la date de l'expertise médicale qui sert de fondement aux constatations de fait relatives à la capacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_607/2015 du 20 avril 2016 consid. 5.2). Si on ne peut pas attendre d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il reprenne une activité adaptée, le degré d'invalidité doit être déterminé en fonction de sa capacité de travail résiduelle dans l'activité qu'il exerçait avant la survenance de son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.3 et 5.4). 11. a. En l'espèce, force est de constater que même si le rapport d'expertise de la Dresse F\_\_\_\_\_ permettait d'établir de manière fiable l'exigibilité médicale de l'exercice d'une activité adaptée dès le mois de septembre 2012, cela ne changerait rien au fait qu'au moment déterminant, c'est-à-dire le 26 novembre 2013, date de l'examen rhumatologique effectué par l'experte, le recourant était déjà âgé de 61 ans et qu'une période d'activité théorique d'un peu moins de quatre ans le séparait alors de l'âge de la retraite. Il est constant que l'assuré a exercé la même activité de bobineur-monteur de 1986 à mai 2010 –

qui n'est médicalement plus exigible – et

A/4015/2016 - 20/23 - qu'il ne bénéficie d'aucune formation professionnelle. Par ailleurs, il ressort clairement du rapport d'orientation professionnelle des EPI que l'intéressé manque de polyvalence du fait de ses limitations fonctionnelles et intellectuelles (difficultés à lire et à écrire en français, niveau mathématique et logique bas), qui, même en l'état de l'instruction médicale, constituent autant d'obstacles rendant irréaliste une mise en valeur de la capacité de travail résiduelle du recourant sur le marché équilibré du travail. Pour le surplus, comme l'a chamber de céans l'a constaté plus haut (cf. ci-dessus : consid. 9), le dossier médical ne permet pas de déterminer à satisfaction de droit si l'exercice, par le recourant, d'une activité lucrative est médicalement exigible et, dans l'affirmative, à quel taux et avec quel rendement. Il tombe également sous le sens que si un complément d'instruction était ordonné, le résultat de celui-ci ne serait disponible que bien après le soixante-cinquième anniversaire du recourant, âge ouvrant droit à une rente de vieillesse de l'AVS (cf. art. 21 al. 1 let. a LAVS) et qu'ainsi, la question de la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi serait sans objet. b. Compte tenu de ces circonstances, le recourant peut prétendre à une rente entière d'invalidité, pour lui-même et les enfants N\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_, dès le 1er août 2011, six mois après le dépôt de sa demande. Celle-ci étant tardive, le droit à la rente ne saurait naître antérieurement (cf. art. 29 al. 1 LAI). Pour le reste, on précisera qu'au 1er août 2011, cela faisait plus d'une année qu'il présentait une incapacité de travail totale dans sa dernière activité professionnelle (art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 3 LAI). 12. a. Il reste à déterminer si l'assureur Visana est subrogé, jusqu'à concurrence des rentes versées par la caisse du 1er août 2011 au 30 novembre 2012, aux droits du recourant contre cette dernière. À cet égard, le recourant soutient que les rentes complémentaires pour les enfants M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ échappent à toute subrogation. Aux termes de l'art. 72 al. 1 LPGA, dès la survenance de l'événement dommageable, l'assureur est subrogé, jusqu'à concurrence des prestations légales, aux droits de l'assuré et de ses survivants contre tout tiers responsable. L'art. 73 al. 1 LPGA précise que l'assureur n'est subrogé aux droits de l'assuré et de ses survivants que dans la mesure où les prestations qu'il alloue, jointes à la réparation due pour la même période par le tiers responsable, excèdent le dommage causé par celui-ci. Selon l'art. 74 al. 1 LPGA, les droits passent à l'assureur pour les prestations de même nature. Aux termes de l'art. 74 al. 2 LPGA, sont notamment des prestations de même nature : - le remboursement des frais de traitement et de réadaptation par l'assureur et par le tiers responsable (let. a) ; - l'indemnité journalière et l'indemnisation pour l'incapacité de travail (let. b) :

A/4015/2016 - 21/23 - - les rentes d'invalidité ou les rentes de vieillesse allouées à leur place et l'indemnisation pour l'incapacité de gain (let. c). L'art. 74 al. 2 LPGA reprend en substance la teneur de l'ancien art. 52 al. 2 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Sous l'empire de cette disposition légale, les prestations de même nature pouvant donner lieu à subrogation étaient notamment : - les indemnités pour frais de traitement et de réadaptation (let. a) ; - l'indemnité journalière et l'indemnisation de l'incapacité de travail pendant la même période (let. b) ; - la rente d'invalidité, y compris les rentes complémentaires et les rentes pour enfants, et l'indemnisation de l'incapacité de gain (let. c). Selon la jurisprudence relative à l'art. 52 al. 2 let. c LAI, la rente d'invalidité et les autres prestations mentionnées par cette disposition sont considérées comme étant de même nature (ATF 112 I 118 consid. 5f). Dans la mesure où l'art. 74 LPGA n'a pas été édicté pour déroger à l'ancien droit, il convient de partir du principe que les rentes complémentaires et

les rentes pour enfants constituent des prestations de même nature, au même titre que les rentes d'invalidité (cf. Ueli KIESER, op. cit., p. 1007, n. 12 ad art. 74 LPGA ; dans le même sens : Directives concernant les rentes (DR) de l'assurance vieillesse, survivants et invalidité fédérale, valables dès le 1er janvier 2003, état au 1er janvier 2016, n. 10064 et 10074). b. En l'espèce, il ressort des pièces produites que le recourant a bénéficié de quatre-cent-quatre-vingt-huit indemnités journalières à CHF 220.25 de la part de Visana, du 1er août 2011 au 30 novembre 2012, soit CHF 107'189.60. Sur la même période, il a également bénéficié d'une rente d'invalidité mensuelle de CHF 2'004.- et de deux rentes pour enfant de CHF 801.- chacune, ce qui représente un total mensuel de CHF 3'606.-, soit CHF 57'696.- sur seize mois (ou quatre-cent-quatre-vingt-huit jours), d'où une surindemnisation de CHF 57'696.-. Partant, la décision entreprise ne prête pas le flanc à la critique en tant qu'elle prévoit que Visana est subrogée, à concurrence de ce montant, aux droits du recourant contre la caisse. 13. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et la décision du 19 septembre 2016 annulée en tant qu'elle supprime le droit du recourant à une rente entière d'invalidité, respectivement le droit de M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ à une rente d'enfant au 30 novembre 2012. Le recourant sera mis au bénéfice d'une rente entière du 1er août 2011 jusqu'au 31 octobre 2017, date à laquelle la rente de vieillesse prendra le relais. Pour le surplus, la cause sera renvoyée à l'intimé pour décision sur les rentes pour enfant au-delà du 30 novembre 2012 (dans la mesure où ne résulte pas du dossier si et le cas échéant jusqu'à quelles dates les conditions du versement de rentes pour enfants sont restées remplies) et pour calcul des prestations dues au recourant jusqu'au 31 octobre 2017. 14. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordé à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement

A/4015/2016 - 22/23 - sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFFPA – E 5 10]). La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner l'intimé, qui succombe, au paiement d'un émolument de CHF 200.-.  
\*\*\*\*\*

A/4015/2016 - 23/23 -

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.