

GE_GERICHTE ATAS/1009/2018 vom 1. November 2018

GE Cour de justice, 2018-11-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1009_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/1009/2018 du 1 novembre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/1009/2018 del 1 novembre 2018

Erwägungen

E. 12

Par écriture du 23 novembre 2016, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant au maintien de sa rente d'invalidité, subsidiairement à l'octroi de mesures de reclassement et au renvoi de son dossier à l'intimé pour complément d'instruction médicale et mise en œuvre d'une expertise. En substance, la recourante fait valoir qu'elle souffre de plusieurs atteintes à sa santé, diverses et complexes : carcinome canalaire, hépatite C, douleurs cervicales (hernie discale médiane C3 à C4, C4 à C5, dénervation chronique de la racine nerveuse C6), possible dégénérescence post-chimiothérapeutique (polyneuropathie) des membres supérieurs, syndrome du tunnel carpien bilatéral et autres atteintes d'ordre psychique. La recourante reproche à l'intimé de ne lui avoir pas communiqué les résultats de l'expertise pluridisciplinaire. Elle souligne que le projet de décision du 23 août 2016 n'y fait d'ailleurs pas allusion. La recourante argue qu'elle est âgée de cinquante ans et qu'en tout état de cause, elle se trouve dans l'incapacité de totale de travailler, quel que soit le domaine envisagé, vu la gravité de son état. Elle relève que l'OAI lui-même a d'ailleurs émis des doutes sur la compréhension du rapport de l'expertise pluridisciplinaire du 15 mai 2015 puisqu'il a réclamé à la Clinique Corela un récapitulatif et une synthèse et qu'il a ensuite choisi de s'en écarter pour se contenter de l'avis émis le 8 avril 2016 par le SMR, dont on ignore s'il s'est ou non basé sur le rapport de la Clinique. La recourante soutient que sa situation médicale n'a pas été investiguée de manière suffisante. Elle reproche à l'OAI d'avoir sciemment cherché à occulter les autres atteintes à sa santé, en particulier celles relevant de la sphère psychique.

A/4001/2016 - 5/17 -

E. 13

Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 19 décembre 2016, a conclu au rejet du recours. L'intimé précise qu'il a reconnu une pleine valeur probante au rapport d'expertise de la Clinique Corela. Il considère qu'une nouvelle expertise n'est dès lors pas justifiée. Quant aux certificats médicaux produits par l'assurée, il relève qu'ils ne renseignent nullement sur la nature des atteintes, leur évolution, leur répercussion sur la capacité de travail.

E. 14

Par écriture du 20 février 2017, la recourante a demandé l'audition de plusieurs témoins. Elle répète en substance que ses atteintes psychiques ont été ignorées, l'expertise ayant porté quasi exclusivement sur son cancer du sein. Ni son bras douloureux, ni son problème d'arthrose, ni ses problèmes psychiques n'ont en revanche été examinés.

E. 15

Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 6 avril 2017 au cours de laquelle a été entendue la doctoresse G_____, spécialiste FMH en oncologie, qui a repris le suivi de l'assurée le 15 janvier 2016, après la Dresse E_____. Le témoin a indiqué que l'assurée était en rémission complète depuis avril 2012 mais que, depuis la mastectomie, elle souffre de douleurs neurogènes au niveau du bras droit, douleurs dont se plaignent souvent les patientes, liées au lymphœdème qu'il est difficile d'objectiver et de soulager. En un tel cas, les patientes sont invitées à ménager leur bras le plus possible, notamment en évitant le port de charges ; il peut en découler au final une angoisse à se servir du membre en question. Le témoin n'a pu se prononcer du point de vue oncologique sur la capacité de travail de l'assurée si ce n'est pour dire qu'elle est incontestablement réduite dans son activité habituelle, en raison des douleurs, de l'impossibilité d'exécuter les travaux de force et d'une fatigabilité. Le témoin a encore précisé que, d'un point de vue oncologique, l'assurée n'est plus sous traitement depuis 2012 et qu'il n'y a pas de neuropathologie persistante suite aux chimiothérapies.

E. 16

Entendue le même jour, la Dresse C_____, psychiatre traitant de l'assurée depuis décembre 2011, a indiqué retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent sévère. Selon elle, la situation a évolué favorablement à partir de décembre 2012, en ce sens que le trouble est resté de gravité sévère, mais gérable. Est ensuite survenue une péjoration qui s'est traduite par l'apparition, quelques mois plus tôt, de symptômes psychotiques, d'abord légers, puis de plus en plus marqués (sentiment de persécution, méfiance, hallucinations auditives et parfois même visuelles).

A/4001/2016 - 6/17 - Le témoin a souligné que le traitement administré à sa patiente est lourd : antidépresseurs (Eflexor ER 75 3x par jour, Xanax normal et Xanax retard), Lyrica (75 3x par jour) pour les douleurs neurogènes et les angoisses, Atarax (25 2x par jour) pour soulager la pression et tenter de diminuer les symptômes psychotiques et Somnium pour dormir. Le médecin a indiqué envisager également la prescription d'un neuroleptique. Ces médicaments ont certes des effets secondaires (nausées ou maux de tête), mais ceux-ci se résorbent normalement après sept jours de traitement. L'assurée peut être ralentie, mais cela est préférable à la sensation d'étouffement que lui procurent ses angoisses et qui peuvent déboucher sur de véritables attaques de panique et des idées noires suicidaires. Le suivi s'effectue à raison d'une consultation par semaine. Le témoin a confirmé que plusieurs hospitalisations avaient eu lieu pour raisons psychiques, la dernière du 19 au 30 janvier 2017, à la Clinique de Montana. Le médecin a émis l'avis que, d'un point de vue psychique, l'assurée ne dispose d'aucune capacité de travail : elle vit cloîtrée chez elle, repliée sur elle-même et n'est pas même capable d'assumer son quotidien. Elle parvient certes à venir seule en consultation, mais il lui arrive aussi d'annuler parce qu'elle ne réussit pas à sortir de chez elle. Le témoin a expliqué que si l'assurée a décompensé après la seconde opération seulement, c'est parce que celle-ci avait un caractère mutilatoire bien plus conséquent en termes de répercussions psychiques. Selon le médecin, ce sont les problèmes psychiques qui ont engendré les problèmes physiques dont souffre l'assurée aujourd'hui. Elle se plaint en effet de douleurs musculaires et articulaires qui sont la conséquence naturelle de l'état de crispation nerveuse qui est le sien depuis des années. La fibromyalgie est donc postérieure aux troubles psychiques. L'assurée souffre également de troubles de la mémoire à court terme, de la concentration et de l'attention inclus dans le diagnostic de trouble dépressif récurrent sévère. Enfin, le témoin a indiqué ne pas avoir procédé à des dosages sériques

parce qu'il n'y avait aucun doute sur sa compliance.

E. 17

Entendu à son tour, Monsieur H_____, frère de la recourante, a expliqué que c'est lui qui se charge de la gestion de toutes ses affaires. Il a confirmé que, sur le plan physique, sa sœur est diminuée (elle ne peut porter de charges et souffre régulièrement de douleurs, au niveau des cervicales et de l'épaule). Dépressive, elle devient de plus en plus agressive ; en un mot, elle est très malheureuse.

A/4001/2016 - 7/17 - Le frère de l'assurée a ajouté avoir pris l'initiative, quelques mois plus tôt, de faire annuler le permis de circulation de sa sœur, après l'avoir vue conduire de manière impulsive et énervée et après qu'elle a eu des accidents.

E. 18

Madame I_____, nièce de la recourante, a également été entendue à la demande de l'intéressée. Elle a expliqué avoir rejoint sa tante en octobre 2011, pour l'aider suite à sa rechute : elle se charge pour elle de tout le ménage, de la préparation des repas, des courses et de sa fille, dont elle est désormais incapable de s'occuper seule. Elles ont partagé le même toit jusqu'en 2016, date à laquelle Mme I_____ s'est mariée. Elle continue cependant à aider sa tante durant son temps libre.

E. 19

Dans ses écritures après enquêtes du 14 juillet 2017, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle fait valoir que les experts ne se sont fondamentalement intéressés qu'à ses problèmes d'ordre oncologique, sans examiner ni les retombées des traitements sur le plan physique, ni les atteintes psychiques. La recourante en tire la conclusion que l'instruction à laquelle il a été procédé est incomplète. Elle fait remarquer que de nombreux médecins ont émis des avis divergent totalement de ceux des experts. Pour le surplus, elle fait valoir que son état de santé s'est péjoré et en veut pour preuve son hospitalisation en janvier 2017 pour aggravation de son état dépressif. À l'appui de sa position, elle produit notamment : - un courrier émanant de la Dresse C_____, du 30 mai 2017, relatant que l'état de l'assurée a commencé à se dégrader petit à petit depuis octobre 2006, qu'il s'est grandement aggravé en octobre 2011 et que le diagnostic retenu est celui de trouble dépressif récurrent de type sévère avec symptômes psychotiques et fibromyalgie ; - un rapport de la Dresse J_____, spécialiste FMH en médecine interne, du 2 juillet 2017, indiquant qu'elle suit l'assurée depuis janvier 2016, que celle-ci s'est plainte dès le début de douleurs chroniques au niveau des cervicales, de la main et des lombaires, essentiellement du membre supérieur droit, associées à une fatigue chronique ; le médecin explique qu'il lui est impossible de se positionner par rapport aux conclusions de l'expertise, laquelle remonte à 2015, période où elle ne suivait pas encore la patiente ; le médecin émet l'avis qu'au vu des diagnostics retenus, l'incapacité de sa patiente est de 100%, s'agissant tant des tâches ménagères que de l'activité de femme de ménage, laquelle implique des efforts incompatibles avec les limitations fonctionnelles cervicales ou lombaires ; le médecin évoque également une aggravation de l'état dépressif de l'assurée ayant entraîné son hospitalisation à la demande de son psychiatre traitant à la Clinique de Montana ;

A/4001/2016 - 8/17 - - un rapport de la doctoresse K_____, du département de médecine communautaire de premier recours et des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), clinique de Montana, du 13 février 2017, retenant à titre de diagnostic principal

ayant justifié une hospitalisation du 19 au 31 janvier 2017 un trouble dépressif récurrent épisode sévère et, à titre de diagnostics secondaires et de comorbidités actives, une microcytose isolée, un déconditionnement global, une fibromyalgie, une maladie de Morton du pied droit et une discopathie C4-C5-C6 ; - une attestation établie le 10 juillet 2017 par le docteur L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, indiquant avoir reçu l'assurée à trois reprises et avoir objectivé un épisode dépressif moyen récurrent avec syndrome somatique ; le médecin note un « net décalage » entre les plaintes relatées dans l'expertise de la Clinique Corela et les scores d'anxiété et de dépression obtenu aux tests ; il conteste la mauvaise compliance retenue par les experts et les valeurs retranscrites par ces derniers, qualifiant leurs chiffres de « douteux d'un point de vue scientifique » ; le médecin relève également que les experts se sont basés sur l'ancienne jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux persistants et non aux indicateurs mis en place par la nouvelle jurisprudence ; - un courrier de la doctresse M_____, spécialiste FMH en rhumatologie, du 23 février 2017, indiquant qu'elle suit l'assurée depuis octobre 2013 pour des polyarthralgies symétriques mises en évidence en 2007 déjà ; le médecin dit retenir pour sa part le diagnostic de fibromyalgie ; elle indique que les douleurs ostéoarticulaires se sont aggravées, qu'elles sont invalidantes et qu'elles diminuent grandement la qualité de vie de l'assurée ; elle mentionne aussi un état dépressif ; enfin, elle émet l'avis que l'exercice d'une activité, même à temps partiel, semble difficile.

E. 20

Dans ses écritures après enquêtes du 15 août 2017, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Selon lui, les nouvelles pièces produites ne remettent pas en cause ses précédentes conclusions, mais révèlent une aggravation de l'état de santé de la recourante, courant 2017.

E. 21

Par écriture du 18 septembre 2017, la recourante a persisté dans ses conclusions.

E. 22

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 la clinique Corela l'autorisation d'exploiter une institution de santé pour une durée de trois mois.

E. 23

Ce retrait a été confirmé par le Tribunal fédéral en ce qui concerne du moins les départements "psychiatrie" et "expertise" de cet établissement, par arrêt du 22 décembre 2017 (2C_32/2017) et le retrait a été effectif du 1er mars au 1er juin 2018 (publication de la Feuille d'avis officielle de la République et canton de Genève du 21 février 2018).

A/4001/2016 - 9/17 -

E. 24

À la suite de cet arrêt, la Cour de justice de la République et canton de Genève a publié un communiqué de presse avisant les assurés dont le droit à des prestations avaient été nié sur la base d'une expertise effectuée à la clinique de la possibilité de demander la révision, devant l'autorité ayant statué en dernier lieu (Office cantonal de l'assurance-invalidité, CNA ou autre assurance, Chambre des assurances sociales de la Cour de justice ou Tribunal fédéral) - 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. La presse

romande a fait largement état de la sanction en question et relayé le contenu du communiqué de presse de la Cour de justice, notamment la Tribune de Genève, dans un article publié le 20 mars 2018.

E. 25

Par courrier du 28 mars 2018, la Cour de céans a expressément demandé à l'intimé de se déterminer sur la valeur probante à accorder à l'expertise de la Clinique Corela au vu des derniers développements de l'actualité concernant celle-ci.

E. 26

Par écriture du 9 mai 2018, l'intimé a répondu qu'une pleine valeur probante devait lui être reconnue, faute d'indices donnant à penser que le contenu du rapport aurait été modifié sur des points substantiels à l'insu des experts. Une nouvelle expertise ne se justifiait dès lors pas.

E. 27

Dans ses observations du 11 juin 2018, la recourante a conclu quant à elle qu'au vu des dysfonctionnements multiples et graves ayant justifié le retrait de l'autorisation d'exploitation de la clinique, aucune valeur probante ne devrait être reconnue à son rapport d'expertise. La recourante a encore produit, notamment : - un bref rapport de la Dresse J_____ du 6 avril 2018, indiquant qu'une échographie de l'épaule a mis en évidence une tendinopathie sévère, avec déchirure transfixiante ; - un rapport de la Dresse M_____ du 23 mars 2018 confirmant une tendinite sévère du tendon sus-épineux de l'épaule droite avec des foyers de déchirure, une tendinite du tendon bicipital et du tendon infra-épineux, ainsi qu'une arthrose acromio-claviculaire et la possibilité de devoir éventuellement intervenir chirurgicalement ; - un rapport d'échographie du 16 janvier 2018 ; - un rapport du Dr L_____ du 2 novembre 2017, faisant état d'une aggravation et d'un état dépressif sévère sans symptôme psychotique.

A/4001/2016 - 10/17 -

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), 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance- invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable. 4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité au- delà du 30 avril 2013. 5. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

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). 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. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas

A/4001/2016 - 11/17 - comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). 7. La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la

jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement

A/4001/2016 - 12/17 - observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2). L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a). 8. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. 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 peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à A/4001/2016 - 13/17 - l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a

lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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). 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). 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

A/4001/2016 - 14/17 - 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). 9. En l'espèce, la recourante nie toute valeur probante à l'expertise de la clinique Corela, sur laquelle l'intimé s'est fondé pour statuer sur son cas. L'intimé persiste quant à lui à soutenir que cette expertise ne pose aucun problème et doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Dans son arrêt 2C_32/2017 cité supra, le Tribunal fédéral a retenu que les expertises pratiquées auprès du "département expertise" de la clinique avaient un poids déterminant pour de nombreux justiciables, de sorte que l'on devait attendre de ces expertises qu'elles soient rendues dans les règles de l'art. Il existait ainsi un intérêt public

manifeste à ce que des acteurs intervenant dans des procédures administratives en tant qu'experts, et qui, au demeurant, facturaient d'importants montants à la charge de la collectivité, rendent des expertises dans lesquelles l'administré et l'autorité pouvaient avoir pleine confiance, ceux-ci n'étant le plus souvent pas des spécialistes des domaines en cause. Or, de très importants manquements avaient été constatés dans la gestion de l'institution de santé, en particulier des graves violations des devoirs professionnels incombant à une personne responsable d'un tel établissement. En particulier, cette personne - responsable médical du "département expertise" - avait modifié (notamment sur des points non négligeables) et signé des dizaines d'expertises sans avoir vu les expertisés et sans l'accord de l'expert, ce qui constituait un comportement inadmissible relevant d'un manquement grave au devoir professionnel. 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 (consid. 6 et 7 de l'arrêt cité). Dans un arrêt récent (9F_5/2018 du 16 août 2018), le Tribunal fédéral a répété qu'en droit des assurances sociales, une évaluation médicale effectuée dans les règles de l'art revêt une importance décisive pour l'établissement des faits pertinents (ATF 122 V 157 consid. 1b p. 159). Elle implique en particulier la neutralité de l'expert, dont la garantie vise à assurer notamment que ses conclusions ne soient pas influencées par des circonstances extérieures à la cause et à la procédure (cf. ATF 137 V 210 consid. 2.1.3 p. 231), ainsi que l'absence de toute intervention à l'insu de l'auteur de l'expertise, les personnes ayant participé à un stade ou à un autre aux examens médicaux ou à l'élaboration du rapport d'expertise devant être mentionnées comme telles dans celui-ci. Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a

A/4001/2016 - 15/17 - considéré que les manquements constatés au sein du "département expertise" dans la procédure relative au retrait de l'autorisation de la clinique Corela soulevaient de sérieux doutes quant à la manière dont des dizaines d'expertises avaient été effectuées au sein de cet établissement (arrêt 2C_32/2017 consid. 7.1) et portaient atteinte à la confiance que les personnes assurées et les organes de l'assurance- invalidité étaient en droit d'accorder à l'institution chargée de l'expertise (voir aussi arrêt 8C_657/2017 du 14 mai 2018 consid. 5.2.2). Dès lors, de même que l'organe d'exécution de l'assurance-invalidité ou le juge ne peut se fonder sur un rapport médical qui, en soi, remplit les exigences en matière de valeur probante (sur ce point, cf. ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) lorsqu'il existe des circonstances qui soulèvent des doutes quant à l'impartialité et l'indépendance de son auteur, fondés non pas sur une impression subjective mais une approche objective (ATF 137 V 210 consid. 6.1.2 p. 267 ; 132 V 93 consid. 7.1 p. 109 et la référence ; arrêt 9C_104/2012 du 12 septembre 2012 consid. 3.1), il n'était pas admissible de reprendre les conclusions d'une expertise établie dans des circonstances ébranlant de manière générale la confiance placée dans l'institution mandatée pour l'expertise en cause (arrêt 9F_5/2018 consid. 2.3.2). En l'occurrence, l'expertise rendue le 15 mai 2015 au sein de la clinique Corela, sur laquelle s'est fondé l'intimé, a été réalisée à une époque où le responsable médical du "département expertise" modifiait illicitement le contenu de rapports. En conséquence, cette expertise ne peut servir de fondement pour statuer sur le droit du demandeur aux prestations de l'assurance-invalidité. Ainsi que l'a relevé le Tribunal fédéral, peu importe de savoir si ledit responsable est concrètement intervenu dans la rédaction du rapport d'expertise, 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 3 mars 2014, établi sous l'enseigne de la clinique Corela (cf. arrêt 9F_5/2018 consid. 2.3.2). 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). Il ressort de ce qui précède que, quoi qu'en dise l'intimé, aucune valeur probante ne peut être reconnue à l'expertise sur laquelle il s'est fondé pour statuer. Au vu des circonstances, cette expertise ne saurait servir de fondement pour le refus de prestations. Il s'impose dès lors d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision. En effet, en l'état, le dossier ne contient aucun autre document médical suffisamment étayé pour permettre de se déterminer sur les atteintes de l'assurée et leur impact sur sa capacité de travail au-delà d'avril 2013.

A/4001/2016 - 16/17 - D'après la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il n'en va autrement que lorsqu'un tel renvoi constitue en soi un déni de justice ; cela peut être le cas notamment lorsque, en raison des circonstances, un simple mandat d'expertise judiciaire ou une mesure d'instruction ponctuelle édictée par le juge suffirait à élucider l'état de fait, ou qu'un renvoi apparaîtrait disproportionné (cf. ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136 et la critique de G. Aubert parue in SJ 1993 p. 560). Tel n'est pas le cas en l'occurrence. On relèvera d'ailleurs à cet égard que le Tribunal fédéral, dans son arrêt du 6 août 2018 mentionné supra, a renvoyé la cause pour instruction complémentaire à l'autorité administrative et non au tribunal cantonal. Dans la mesure où l'instruction doit être reprise quasiment intégralement, on ne saurait en effet priver l'assurée d'un degré de juridiction. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

A/4001/2016 - 17/17 - 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.