

GE_GERICHTE ATAS/1264/2014 vom 4. Dezember 2014

GE Cour de justice, 2014-12-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1264_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/1264/2014 du 4 décembre 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/1264/2014 del 4 dicembre 2014

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

Conformément à l'art. 56 al. 2 LPGA, un recours peut être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition.

A/1237/2014 - 4/9 - En l'espèce, le recours pour déni de justice, interjeté par-devant l'autorité compétente (art. 58 al. 1 LPGA), est recevable.

E. 3

a. Le retard injustifié à statuer est une forme particulière du déni de justice prohibé par l'art. 29 al. 1 Cst et l'art. 6 § 1 CEDH (qui n'offre à cet égard pas une protection plus étendue [ATF 103 V 190 consid. 2 p. 192]). Il y a retard injustifié à statuer lorsque l'autorité administrative ou judiciaire compétente ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prévu par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire ainsi que toutes les autres circonstances font apparaître comme raisonnable (ATF 131 V 407 consid. 1.1 p. 409 et les références). Entre autres critères sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'intéressé ainsi que le comportement de ce dernier et celui des autorités compétentes (ATF 130 I 312 consid. 5.2 p. 332; 125 V 188 consid. 2a p. 191). A cet égard, il appartient, d'une part, au justiciable d'entreprendre certaines démarches pour inviter l'autorité à faire diligence, notamment en incitant celle-ci à accélérer la procédure ou en recourant pour retard injustifié. D'autre part, si on ne saurait reprocher à l'autorité quelques "temps morts", qui sont inévitables dans une procédure, elle ne peut invoquer une organisation déficiente ou une surcharge structurelle pour justifier la lenteur excessive de la procédure; il appartient en effet à l'Etat d'organiser ses juridictions de manière à garantir aux citoyens une administration de la justice conforme aux règles (ATF 130 I 312 consid. 5.2 p. 332 et les références). Peu importe le motif qui est à l'origine du refus de statuer ou du retard injustifié ; ce qui est déterminant, c'est le fait que l'autorité n'ait pas agi ou qu'elle ait agi avec retard (ATF C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2 ; ATF du 23 avril 2003 en la cause I 819/02 consid. 2.1 ; ATF 124 V 133, 117 Ia 117 consid. 3a, 197 consid. 1c, 108 V 20 consid. 4c). En droit des assurances sociales, la procédure de première instance est par ailleurs gouvernée par le principe de célérité. Ce principe est

consacré à l'art. 61 let. a LPGA qui exige des cantons que la procédure soit simple et rapide et constitue l'expression d'un principe général du droit des assurances sociales (ATF 110 V 54 consid. 4b p. 61). La sanction du dépassement du délai raisonnable consiste d'abord dans la constatation de la violation du principe de célérité, la constatation d'un comportement en soi illicite étant en effet une forme de réparation (H 134/02 arrêt du 30 janvier 2003 consid. 1.5; ATF 122 IV 111 consid. I/4). Pour le surplus, l'autorité saisie d'un recours pour retard injustifié ne saurait se substituer à l'autorité précédente pour statuer au fond. Elle ne peut qu'inviter l'autorité concernée à statuer à bref délai (ATF 130 V 90). b. Dans un cas où l'OAI, à la suite d'un jugement du Tribunal cantonal des assurances du canton du Valais du 25 avril 2003, avait rendu de nouvelles décisions le 17 mars 2004, soit un peu moins de onze mois plus tard, le Tribunal fédéral des

A/1237/2014 - 5/9 - assurances (ci-après TFA) a considéré que l'OAI n'avait pas commis de déni de justice et qu'en conséquence des dépens ne se justifiaient pas en faveur du recourant. Il s'agissait d'un cas où le montant de la rente devait être calculé à nouveau par l'OAI, les prétentions en compensation du service social devaient faire l'objet d'une instruction complémentaire et se posait également une problématique de chevauchement des indemnités journalières avec le droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 241/04 du 15 juin 2006). Dans une autre cause en matière d'assurance-invalidité, le TFA a jugé que bien que l'on puisse considérer que la limite du tolérable pour un litige de cette nature était proche, un laps de temps de 15 mois entre le recours auprès de la commission de recours AVS/AI et le recours pour déni de justice au TFA n'apparaissait pas excessif au point de constituer un retard injustifié prohibé et cela en dépit de l'exigence de célérité qui ne peut l'emporter sur la nécessité d'une instruction complète et de l'enjeu de la cause pour l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 819/02 du 23 avril 2003). Dans un arrêt ATAS 237/2014 du 26 février 2014, la chambre de céans a également nié l'existence d'un déni de justice, dans un cas où l'OAI avait informé l'assurée de la mise en œuvre d'une expertise médicale polydisciplinaire (rhumatologique, psychiatrique et orthopédique), et où aucune décision quant au centre d'expertise désigné n'était encore intervenue dix mois plus tard, au moment du recours. En effet, l'introduction du mandat dans le système SuisseMED@P avait été effectuée moins de dix jours après la communication à la recourante. En outre, si un délai de près d'une année pour l'attribution d'un mandat par le biais de cette plateforme apparaissait excessif, ce retard n'était en l'occurrence pas imputable à l'intimé. c. En revanche, dans un arrêt ATAS/859/2006 du 2 octobre 2006, le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après TCAS) a admis que la décision de l'OAI intervenue cinq mois après un arrêt du TCAS, lequel rétablissait simplement la rente que l'OAI avait supprimée, était tardive, ledit retard constituant un déni de justice dès lors qu'aucune instruction complémentaire n'était nécessaire de la part de l'administration, hormis l'envoi d'un formulaire de compensation. Le TCAS a aussi jugé qu'un déni de justice devait être considéré comme établi quand l'assureur-maladie ne s'était pas formellement prononcé deux ans et demi après une demande de remboursement (ATAS/354/2007). Il en a jugé de même dans le cas d'un recourant qui était sans nouvelle de l'office cantonal de l'assurance-invalidité vingt et un mois après le dépôt d'une demande de révision (ATAS/860/2006), dans celui d'un assuré qui avait attendu dix-huit mois après que la cause ait été renvoyée à l'office pour nouvelle décision suite à l'admission partielle de son recours (ATAS/62/2007) ou encore dans celui où l'OAI, 9 mois après un jugement lui ordonnant de mettre en place une expertise, n'avait pas encore entrepris de démarches en ce sens (arrêt du 10 mai 2005 ATAS/430/2005).

A/1237/2014 - 6/9 - Un déni de justice a été constaté dans le cas où l'OAI avait attendu 14 mois depuis l'opposition pour mettre en œuvre une expertise multidisciplinaire à laquelle la recourante avait conclu d'emblée, dès lors que cette mesure d'instruction devait être prise sans tarder, l'intimé reconnaissant d'ailleurs que la mise sur pied d'une expertise multidisciplinaire prendrait plusieurs mois (ATAS/484/2007 du 9 mai 2007) et dans le cas où l'OAI avait ordonné un complément d'expertise 17 mois après avoir obtenu les renseignements des médecins-traitants (ATAS/860/2006 du 2 octobre 2006). Enfin, un déni de justice a été admis dans un cas où l'OAI, n'avait rendu aucune décision plus de cinq ans après le dépôt de la demande de prestation, et avait notamment tardé à instruire le cas par le biais d'une expertise pluridisciplinaire, le recourant ayant par ailleurs régulièrement pris contact avec l'intimé pour demander des nouvelles de son dossier. Le tribunal a notamment tenu compte du fait que l'OAI s'était contenté durant une année de requérir un rapport médical intermédiaire du médecin-traitant. Par la suite, il avait reçu le 16 juin 2010 un certificat du médecin-traitant et était dès ce moment en mesure d'instruire l'aggravation de l'état de santé du recourant, mais s'était contenté de requérir des rapports médicaux en août et octobre 2010 pour soumettre à nouveau le dossier au SMR. En mai 2011, l'OAI avait ordonné une expertise qui aurait pu être mise en œuvre plus tôt au vu des rapports médicaux recueillis entre juillet 2008 et décembre 2009. Enfin, l'OAI était en mesure de diligenter une expertise pluridisciplinaire depuis le 16 octobre 2012 mais avait attendu le 5 mars 2013 pour demander l'enregistrement du dossier dans la plateforme MED@P, l'expertise n'ayant toujours pas eu lieu plus de huit mois après cet enregistrement (ATAS/1116/2013 du 18 novembre 2013).

E. 4

Pour répondre aux exigences posées par la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 137 V 210), le Conseil fédéral a introduit le nouvel art. 72bis du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201), en vigueur depuis le 1er mars 2012, aux termes duquel les expertises comprenant trois ou plus de trois disciplines médicales doivent se dérouler auprès d'un centre d'expertises médicales lié à l'office fédéral par une convention (al. 1) et l'attribution du mandat d'expertise doit se faire de manière aléatoire (al. 2). Dans ce même ordre d'idées, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a élaboré une liste des critères que les centres d'expertises doivent remplir depuis le 1er mars 2012, qui comprennent d'une part des exigences formelles et professionnelles, et, d'autre part, la mention obligatoire d'indications pour assurer une plus grande transparence et attester de l'indépendance des instituts. Il a également élaboré une convention et émis un nouveau tarif (cf. documents disponibles sur www.ofas.admin.ch). SuisseMED@P est une plateforme basée sur le web. Elle attribue des mandats d'expertise médicale pluridisciplinaire de manière aléatoire et dispose d'un service statistique permettant de mesurer la qualité et le temps nécessaire à l'accomplissement des mandats. Il est possible d'y effectuer des recherches.

A/1237/2014 - 7/9 - A partir du 1er mars 2012, les offices AI sont tenus d'attribuer tous les mandats d'expertise médicale pluridisciplinaire par l'intermédiaire de SuisseMED@P (art. 72bis du règlement sur l'assurance-invalidité). A compter de cette même date, les centres d'expertises n'ont plus le droit d'accepter de mandats des offices AI que par l'intermédiaire de SuisseMED@P. L'indemnité pour l'accomplissement du mandat est régie par le contrat tarifaire conclu entre l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) et les centres réalisant des expertises. Selon le guide à l'usage des centres d'expertises et des offices AI, l'office AI

annonce à la personne assurée qu'il juge une expertise médicale pluridisciplinaire nécessaire, l'informe des disciplines médicales concernées et des questions qu'il est prévu de soumettre aux experts ; la personne assurée peut transmettre des questions supplémentaires à l'office AI dans les dix jours. Lorsque l'office AI transmet le mandat, SuisseMED@P tire au sort un centre d'expertises parmi ceux remplissant les critères requis pour son accomplissement (capacités disponibles dans les disciplines médicales voulues; possibilité de réaliser l'expertise dans la langue de procédure souhaitée). On peut raisonnablement exiger de la personne assurée qu'elle se soumette à des expertises dans toute la Suisse. Le centre d'expertises tiré au sort et l'office AI à l'origine du mandat sont informés de l'attribution du mandat par courriel.

E. 5

a. Dans le cas présent, la recourante se plaint d'un déni de justice, soutenant en substance que l'intimé tarde à exécuter l'arrêt du 8 avril 2013 puisque les experts n'ont toujours pas été désignés. Pour sa part, l'intimé fait valoir qu'il s'est conformé à la procédure MED@P en introduisant le mandat sur la plateforme informatique le 25 juillet 2013. Il estime avoir effectué cette dernière démarche rapidement. Selon lui, on ne saurait lui reprocher les retards induits par cette procédure, qui sort de sa sphère d'influence. Par ailleurs, il se prévaut de la jurisprudence de la chambre de céans (ATAS/237/2014 du 26 février 2014). En l'occurrence, suite à la notification de l'arrêt du 8 avril 2013, l'intimé a d'abord demandé à son Service médical régional (SMR) de lui indiquer les disciplines à investiguer en vue d'inscrire le dossier sur la plateforme SuisseMED@P. Le 10 juillet 2013, la Dresse B_____ lui a répondu que ces disciplines étaient la médecine interne, la rhumatologie et la psychiatrie, sans justifier particulièrement le recours à un expert en médecine interne (étant rappelé que l'assurée souffre de fibromyalgie). La chambre de céans relève que l'intimé a introduit le mandat d'expertise dans la plateforme SuisseMED@P le 25 juillet 2013, soit plus de trois mois après la notification de l'arrêt du 8 avril 2013. Ce retard n'est pas justifié par la complexité de l'affaire, dès lors que le juge cantonal avait d'ores et déjà déterminé sur quels

A/1237/2014 - 8/9 - plans devrait être effectuée l'expertise. Il suffisait dès lors d'inscrire le dossier sur la plateforme informatique précitée. Partant, au vu des circonstances du cas d'espèce, l'intimé a violé le principe de célérité en introduisant tardivement le mandat d'expertise dans la plateforme précitée. Pour ce motif déjà, la chambre de céans doit ainsi constater que l'intimé a commis un déni de justice, que la recourante a un intérêt à faire constater. Au surplus, on relèvera que le recours à la plateforme SuisseMED@P ne se justifie aucunement en l'espèce. En effet, la Cour de céans a renvoyé le dossier à l'intimé pour mise sur pied d'une expertise bidisciplinaire, non pluridisciplinaire. Or, on ne voit pas en quoi un volet supplémentaire en médecine interne se justifie - étant rappelé qu'il s'agit d'investiguer la question de savoir si les conditions permettant de voir reconnaître un caractère invalidant à la fibromyalgie dont souffre la recourante sont remplies et que cela relève des domaines rhumatologique et psychiatrique. Le SMR ne justifie d'ailleurs aucunement le volet supplémentaire évoqué. Il ressort de ce qui précède que l'intimé, en n'ayant pas mis sur pied l'expertise bidisciplinaire préconisée près de dix-huit mois après que la cause lui a été renvoyée pour ce faire, a manifestement commis un déni de justice. Il convient donc de le condamner à mettre sur pied l'expertise en question d'ici la fin de l'année. En revanche, on ne saurait condamner l'intimé à « rendre une décision dans les 30 jours » ainsi que le réclame la recourante dans la mesure où la nécessité de l'expertise en

question a été reconnue tant par les parties que par le juge cantonal. Il ne serait d'ailleurs pas dans l'intérêt de la recourante de procéder à l'expertise dans la précipitation.

E. 6

La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixe en l'occurrence à CHF 2'000.– (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03).

A/1237/2014 - 9/9 -

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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