

GE_GERICHTE ATAS/1284/2013 vom 19. Dezember 2013

GE Cour de justice, 2013-12-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1284_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/1284/2013 du 19 décembre 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/1284/2013 del 19 dicembre 2013

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; RS 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). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Le recours est dirigé contre une décision incidente rendue par l'intimé en application de l'art. 43 LPGA. Il s'agit-là d'une décision d'ordonnancement de la procédure contre laquelle la voie de l'opposition n'est pas ouverte (art. 52 al. 1 LPGA ; cf. ATF P 29/03 du 25 novembre 2004). Conformément à l'art. 56 al. 1 LPGA, les décisions contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est par conséquent recevable (cf. art. 60, 61 LPGA, art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1085 [LPA ; RSG E 5 10])

E. 3

L'objet du litige porte sur le point de savoir si l'intimé est fondé à mettre en œuvre une expertise psychiatrique supplémentaire dans le cadre de la contestation de sa décision du 24 octobre 2008 – laquelle reconnaissait à la recourante le droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps au 31 mars 2008. Il est rappelé que la décision en question a été confirmée pour la période antérieure au 31 mars 2008 mais la cause renvoyée à l'intimé à charge pour ce dernier de rendre une nouvelle décision concernant la période postérieure, après instruction complémentaire.

E. 4

a) Aux termes de l'art. 43 al. 1, première phrase, LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux

A/1945/2013 - 7/12 - ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). b) Selon l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. Conformément à l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. c) La

jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst.), en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 I 279 consid. 2.3 p. 282; 135 II 286 consid. 5.1 p. 293; 132 V 368 consid. 3.1 p. 370).

E. 5

Dans un arrêt de principe 9C_243/2010 du 28 juin 2011, publié aux ATF 137 V 210, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en rapport avec la mise en œuvre d'expertises administratives et judiciaires auprès des Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI). Il a rappelé en particulier que le déroulement équitable de la procédure exige que les prérogatives usuelles dans la procédure administrative générale, découlant du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst et 42 LPGA) et comprenant notamment le droit de faire administrer les preuves essentielles et la participation à l'administration des preuves, soient garanties (ATF 137 V 210, consid. 3.4.2.4). La notion de procès équitable doit être respectée globalement dans les instances successives. L'art. 6 ch. 1 CEDH déploie ainsi des effets sur la procédure administrative précédant le recours judiciaire (Ulrich MEYER-BLASER, Der Einfluss der Europäischen Menschenrechtskonvention [EMRK] auf das schweizerische Sozialversicherungsrecht, in : ZSR 1994 I, p. 389ss, 401). Dans l'appréciation globale, en particulier afin de déterminer comment des expertises doivent être appréciées compte tenu des exigences de participation, de droit d'être entendu et d'équité, la question de savoir dans quelle mesure les droits des parties ont été mis en œuvre dans la procédure administrative joue un rôle important. Le Tribunal fédéral a par conséquent jugé qu'en l'absence de consensus, il convient de rendre une ordonnance d'expertise sous forme d'une décision incidente (art. 55 LPGA en corrélation avec l'art. 49 LPGA) - correspondant à la notion de décision selon l'art. 5 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA ; RS 172.021) -, laquelle peut être attaquée devant les tribunaux cantonaux des assurances sociales, respectivement devant le Tribunal administratif fédéral. Le Tribunal fédéral a également défini dans cet arrêt les droits de participation des parties lors de la mise en œuvre d'une expertise administrative et les a renforcés. Ces principes

A/1945/2013 - 8/12 - s'appliquent également dans le domaine de l'assurance-accidents (ATF 138 V 317 consid. 6, p. 321 ss). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que l'assuré peut faire valoir contre une décision incidente d'expertise médicale non seulement des motifs formels de récusation contre les experts, mais également des motifs matériels - tels que, par exemple, le grief que l'expertise constituerait une « second opinion » superflue - contre la forme ou l'étendue de l'expertise (par exemple, le choix des disciplines médicales dans une expertise pluridisciplinaire) ou contre l'expert désigné (en ce qui concerne notamment sa compétence professionnelle) ; ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7 p. 257; 138 V 271 consid. 1.1 p. 274 s.).

E. 6

Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 418 et les références). Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est,

d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 p. 351, 125 V 368 consid. 2 p. 369 et la référence; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372 et 387 consid. 1b p. 390).

E. 7

On rappellera par ailleurs que, pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, 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. L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance- invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

A/1945/2013 - 9/12 -

E. 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid.

3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante 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 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

E. 9

En l'espèce, l'intimé, conformément aux instructions du Tribunal cantonal, a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, laquelle a été suivie d'un complément d'expertise. Il souhaite à présent mettre sur pied une nouvelle expertise, limitée au volet psychiatrique, au motif qu'il conviendrait d'élucider la question de savoir si une aggravation est survenue comme allégué par l'expert psychiatre dans son complément du 17 avril 2012.

A/1945/2013 - 10/12 - La recourante s'oppose au principe même de cette expertise supplémentaire, qu'elle estime superflue, au motif que l'intimé est en possession de tous les éléments lui permettant de statuer sur son droit à la rente au-delà du 31 mars 2008. Il s'agit-là d'une objection matérielle que la recourante peut faire valoir conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 137 V 210, consid. 3.4.3.7). Il convient de relever en premier lieu qu'il n'appartient pas encore à la Cour de céans, à ce stade de la procédure, de statuer sur la question du droit à la rente mais uniquement sur celle de savoir si, a priori, l'intimé dispose de suffisamment d'éléments pour statuer s'agissant de la période postérieure au 31 mars 2008. Tel est le cas. En effet, le rapport d'expertise du 19 avril 2011, complété le 17 avril 2012, peut se voir reconnaître pleine valeur probante : les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée, le rapport se fonde sur des examens complets, il prend également en considération les plaintes exprimées, il a été établi en pleine connaissance du dossier, la description des interférences médicales est claire et enfin, les conclusions des experts sont bien motivées. Le reproche fait aux experts par le Dr R_____ de n'avoir « même pas pris la peine de se prononcer en fonction des critères de la jurisprudence » est dénué de fondement : ils n'avaient pas à le faire, d'une part, parce que des questions précises à cet égard ne leur avaient pas été posées dans la mission d'expertise, d'autre part, parce qu'ils ont retenu que le trouble dépressif était invalidant en tant que tel, indépendamment du trouble somatoforme. Quant aux « nombreuses incohérences » alléguées par le SMR, on peine à comprendre en quoi elles consisteraient. Si la vie quotidienne de l'assurée telle que décrite dans l'anamnèse semble se résumer à faire les courses et à préparer les repas, c'est précisément, ainsi que cela ressort des réponses complémentaires des experts, parce que cette vie quotidienne n'est guère riche et qu'elle se traduit par un retrait social marqué. Contrairement à ce qu'allègue le Dr R_____, l'expert psychiatre s'est livré à une anamnèse détaillée sous les intitulés « anamnèse psychosociale » et « anamnèse professionnelle » (pc. 10 du rapport du 19 avril 2011). Quant au status, s'il est vrai qu'il n'a pas été développé sur plusieurs pages, il apparaît suffisant au vu, notamment, des explications supplémentaires fournies par l'expert dans son

complément. Enfin, l'expert a expliqué de manière convaincante les raisons pour lesquelles il a retenu que le trouble dépressif récurrent était invalidant en tant que tel. Le rapport d'expertise et son complément peuvent donc se voir reconnaître pleine valeur probante, de sorte qu'il apparaît que l'intimé dispose de suffisamment d'éléments pour statuer sur le droit de la recourante postérieurement au 31 mars 2008. Qui plus est, au vu du principe de célérité qui doit s'appliquer en matière d'assurances sociales et du laps de temps écoulé depuis la suppression de la rente, en mars 2008, il semble indispensable de statuer rapidement sur le droit à la rente de la recourante depuis lors. Si l'assurée souhaite se prévaloir d'une aggravation de

A/1945/2013 - 11/12 - son état de santé depuis avril 2012, il lui appartiendra de déposer une nouvelle demande en ce sens mais, en l'état, le fait de devoir investiguer une éventuelle aggravation qui serait survenue cinq ans après la suppression de rente ne saurait justifier de reporter encore le prononcé d'une décision. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est admis et la décision incidente du 16 mai 2013 annulée. L'intimé est invité à statuer rapidement sur le droit à la rente de la recourante pour la période postérieure au 31 mars 2008.

A/1945/2013 - 12/12 - 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.