

GE_GERICHTE ATAS/137/2020 vom 25. Februar 2020

GE Cour de justice, 2020-02-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_137_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/137/2020 du 25 février 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/137/2020 del 25 febbraio 2020

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), 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

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable.

E. 3

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. Lorsqu'il y a désaccord quant à l'expertise telle qu'envisagée par l'assureur, celui-ci doit rendre une décision incidente au sens de l'art. 5 al. 2 PA. Il s'agit 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. Arrêt du Tribunal fédéral P 29/03 du 25 novembre 2004) et qui est directement susceptible de recours devant le tribunal cantonal des assurances (cf. art. 56 al. 1 LPGA). À noter que la décision du 15 novembre 2018, quand bien même elle n'est pas expressément qualifiée par l'OAI de telle, est bel et bien une décision incidente. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours interjeté contre la décision incidente du 15 novembre 2018, est recevable.

E. 4

Le litige, défini par ladite décision incidente, porte sur le droit de l'OAI de ne mettre en œuvre qu'une expertise psychiatrique, étant rappelé qu'au fond, il s'agit de déterminer le droit de l'assurée à des prestations AI et plus particulièrement sa capacité de travail.

E. 5

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence 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).

E. 6

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement

A/4481/2018 - 6/10 - sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

E. 7

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 8

Lorsqu'il est saisi d'une demande de prestations, l'OAI doit mener une instruction médicale, laquelle dépend du tableau clinique, de la complexité du cas et du type de prestations AI envisagée. Il décide avec la participation du SMR s'il dispose de tous les documents médicaux nécessaires à l'appréciation du cas ou s'il a besoin d'informations et de documents supplémentaires. Selon la circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI), nos 2075.1 et ss, une expertise médicale doit fournir les indications médicales nécessaires à l'appréciation du droit aux prestations, en particulier les atteintes à la santé et leurs répercussions sur la capacité de travail et de gain dans les activités professionnelles exercées jusque-là ou dans d'autres activités professionnelles appropriées. Elle doit également renseigner, du point de vue médical, sur les possibilités de réadapter l'assuré et d'exiger raisonnablement qu'il exécute des mesures de réadaptation. Si, sur la base du dossier, une expertise médicale externe s'avère indispensable sous l'angle de la médecine des assurances, le SMR rédige un bref résumé de la situation médicale et une brève motivation du type d'expertise envisagé. Sur cette base, la suite de la procédure est discutée avec le supérieur. L'office AI est également impliqué et les indications juridiques ou les injonctions judiciaires demeurent réservées. Si une expertise externe est jugée nécessaire, le type d'expertise et les disciplines concernées sont déterminés et l'office AI lance le mandat d'expertise. Si une expertise monodisciplinaire ou bidisciplinaire s'avère nécessaire, l'office AI transmet à l'assuré une communication indiquant le type d'expertise (monodisciplinaire, bidisciplinaire), ainsi que le nom et le titre médical professionnel de la personne ou des personnes chargées de l'expertise. L'assuré peut soulever des objections de nature formelle ou matérielle.

A/4481/2018 - 7/10 - Si une objection admissible de nature formelle (demande de récusation formelle en rapport avec le cas concret) ou matérielle (en rapport avec la

spécialité) est soulevée, la recherche d'un consensus est nécessaire (arrêt du TF 9C_560/2013 du 6 septembre 2013 consid. 2.3.). La recherche d'un consensus présuppose qu'un échange (écrit ou oral) entre office AI et assuré ait lieu. Cet échange doit être consigné aux actes. Si un consensus est trouvé, une décision incidente ne doit pas être rendue (ATF 137 V 210 consid. 3.1.3.3) et le mandat d'expertise est attribué à l'expert ou aux experts, avec un délai approprié à la complexité de l'expertise (en règle générale 90 jours). Si aucun consensus n'est trouvé, l'office AI rend une décision incidente dans laquelle il indique le genre de l'expertise, la ou les disciplines médicales prévues, le nom de l'expert ou des experts désignés et où il explique pourquoi il n'a pas été tenu compte des objections soulevées (CPAI, nos 2076 et ss). Si l'assuré recourt contre la décision incidente, le mandat d'expertise n'est en principe pas attribué tant que la décision n'est pas entrée en force.

E. 9

En l'espèce, l'assurée ne remet en réalité pas en cause la nécessité de mettre en œuvre une expertise, ni le choix de l'expert psychiatre. Elle conteste en revanche le fait que l'OAI limite le champ de l'expertise à un seul volet et conclut à ce qu'une expertise pluridisciplinaire soit ordonnée.

E. 10

a. Il est vrai qu'une telle expertise a déjà été réalisée le 13 janvier 2016 sur demande de l'assureur-accidents. b. S'agissant toutefois d'une expertise de la Clinique Corela, il y a lieu de relever que, 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 cette clinique l'autorisation d'exploiter une institution de santé pour une durée de trois mois. Ce retrait a été confirmé par le Tribunal fédéral pour les départements « psychiatrie » et « expertise » de cet établissement (ATF 2C_32/17 ; cf. également publication dans la Feuille d'avis officielle de la République et canton de Genève du 21 février 2018). 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

A/4481/2018 - 8/10 - particulier de 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 plus 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 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). c. En l'occurrence, l'expertise du 13 janvier 2016 réalisée au sein de la Clinique Corela, l'a été à une époque où il a été établi que le responsable médical du « département expertise » modifiait illicitement le contenu de rapports. Il ressort de la jurisprudence du TF, de l'arrêt du Tribunal fédéral du 16 août 2018 plus particulièrement, ainsi que l'admet du reste l'OAI, qu'aucune valeur probante ne peut être reconnue à cette expertise à laquelle il n'est possible d'accorder aucune

A/4481/2018 - 9/10 - confiance. Aussi ne peut-elle être d'aucune utilité dans le cadre de la présente procédure. Elle ne permet pas non plus, partant, de déterminer s'il est ou non nécessaire d'envisager une expertise pluridisciplinaire.

E. 11

a. L'assurée rappelle qu'à la suite de son accident de scooter survenu le 26 juillet 2015, elle s'était plainte de douleurs à la tête, à la nuque et au dos et que c'est en raison des douleurs cervicobrachiales persistantes dont elle souffrait que son médecin traitant avait retenu, dans son rapport du 7 décembre 2016, une baisse de rendement de 10%. Elle fait ainsi valoir qu'il est indispensable que l'expertise porte également sur les aspects orthopédique, neurologique, neurochirurgical et neuropsychologique. b. Il y a lieu de relever que le médecin du SMR a motivé sa proposition de mettre en œuvre une expertise psychiatrique le 31 juillet 2018, en se référant aux conclusions de la Dresse C_____, selon lesquelles la capacité de travail de l'assurée était entière dès décembre 2016 dans une activité dans laquelle elle éviterait le port de charges de plus de 10 kg et changerait souvent de position, et s'étonnant de ce que le Dr D_____ signalait le 20 janvier 2018 une amélioration de l'état psychique, alors qu'il attestait d'une capacité de travail de seulement 20%. Il a ainsi considéré que sur le plan somatique, l'état de santé de l'assurée n'avait plus aucune influence négative sur sa capacité de travail, d'une part, mais que sur le plan psychique, il se justifiait

de procéder à une investigation complémentaire au vu des conclusions du Dr D_____ qui lui apparaissent comme étant contradictoires, d'autre part. Il apparaît toutefois que l'assurée continue à souffrir de « fortes douleurs » et de « douleurs multiples », selon le Dr D_____ (rapport du 29 mars 2017), et qu'elle consulte un neurologue selon son avocat (courrier du 9 février 2017). Or, une expertise polydisciplinaire doit être ordonnée si le dommage sanitaire semble se concentrer sur une ou deux disciplines médicales seulement, mais que la nature du problème de santé n'est pas encore totalement établie (ATF 137 V 210 ; ATF 139 V 349). Du reste, le médecin du SMR a lui-même déclaré que, dans la mesure où il y avait suspicion d'un diagnostic du coup du lapin, il serait utile de prendre connaissance de l'expertise LAA, afin de décider de l'opportunité d'une expertise pluridisciplinaire. L'expertise LAA ne pouvant être prise en considération pour les motifs exposés ci-dessus, il se justifie d'ordonner une expertise pluridisciplinaire, comprenant les volets psychiatrique, orthopédique et neurologique. Aussi le recours est-il admis.

A/4481/2018 - 10/10 - 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.