

GE_GERICHTE ATAS/17/2019 vom 15. Januar 2019

GE Cour de justice, 2019-01-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_17_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/17/2019 du 15 janvier 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/17/2019 del 15 gennaio 2019

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

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).

E. 4

Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité.

E. 5

L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008 – 5ème révision AI). 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.

E. 6

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). 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

A/4769/2017 - 9/15 - considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas 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 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

E. 7

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). 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la

A/4769/2017 - 10/15 - violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 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).

E. 8

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).

E. 9

En l'espèce, la recourante soutient que l'expertise de la clinique Corela sur laquelle repose la décision attaquée n'a pas de valeur probante ; elle requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire en psychiatrie et neuropsychologie. a. Dans un arrêt du 22 décembre 2017, le Tribunal fédéral a souligné que les expertises pratiquées auprès du "département expertise" de la clinique précitée ont un poids déterminant pour de nombreux justiciables et que l'on doit en attendre qu'elles soient rendues dans les règles de l'art. Il existe ainsi un intérêt public manifeste à ce que des acteurs intervenant dans des procédures administratives en tant qu'experts, et qui, au demeurant, facturent d'importants montants à la charge de la collectivité, rendent des expertises dans lesquelles l'administré et l'autorité peuvent avoir pleine confiance, ceux-ci n'étant le plus souvent pas des spécialistes des domaines en cause. Or, de très importants manquements ont 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 – le responsable médical du "département expertise" – a

A/4769/2017 - 11/15 - modifié (notamment sur des points non négligeables, dont des diagnostics) et signé des dizaines d'expertises sans avoir vu les expertisés et sans l'accord de l'expert, ce qui constitue 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 (arrêt du Tribunal fédéral 2C_32/2017 consid. 6 et 7). b. À la suite de cet arrêt, la Cour de justice de la République et canton de Genève a publié un communiqué de presse aux termes duquel les assurés dont le droit à des prestations a été nié sur la base d'une expertise effectuée à la clinique précitée ont la possibilité de demander la révision - devant l'autorité qui a 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. De son côté, répondant à la question de Madame la Conseillère nationale Rebecca RUIZ (question 18.5054; consultable sur le lien <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20185054>), le Conseil fédéral a indiqué que les organes de l'assurance-invalidité avaient renoncé à confier des mandats d'expertise à cette clinique depuis 2015 et qu'ils venaient de résilier la convention tarifaire conclue avec celle-ci. c. Dans une procédure où était notamment contestée la valeur probante d'une expertise orthopédique réalisée en février 2016 par un médecin de la clinique en cause, le Tribunal fédéral, par arrêt du 14 mai 2018, a estimé qu'au vu des circonstances rappelées ci-dessus, il n'était pas certain que l'on puisse accorder pleine confiance aux conclusions de cette expertise. La juridiction cantonale était donc fondée à s'en écarter et à renvoyer la cause à l'assurance-accidents pour instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_657/2017 consid. 5.2.2). d. Enfin, dans un arrêt publié du 16 août 2018, le Tribunal fédéral a relevé 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. 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, 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. Or, les manquements constatés au sein du "département expertise" dans la procédure relative au retrait de l'autorisation de la clinique précitée (arrêt du Tribunal fédéral 2C_32/2017 du 22 décembre 2017 consid. 7.1) soulèvent de sérieux doutes quant à la manière dont des dizaines d'expertises ont été effectuées au sein de cet établissement et portent 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. Dès lors, de même que

A/4769/2017 - 12/15 - 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 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, il n'est 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 (ATF 144 V 258 consid. 2.3.2).

E. 10

En l'occurrence, les manquements constatés au sein du « département expertise » de la clinique Corela dans la procédure relative au retrait de l'autorisation d'exploiter cet établissement soulèvent de sérieux doute quant à la manière dont des dizaines d'expertises y ont été effectuées et portent atteinte à la confiance que l'on est en droit d'attendre d'une institution chargée de réaliser une expertise. Dans ces conditions, la chambre de céans ne saurait faire siennes les conclusions de cette expertise, établie dans des circonstances qui – comme l'a relevé le Tribunal fédéral –, ébranlent de manière générale la confiance placée dans l'institution mandatée pour la réaliser (ATF 144 V 258 consid. 2.3.2). En conséquence, il n'est pas possible de se fonder sur ce document pour statuer sur le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité. Il importe peu de savoir si le responsable médical du « département expertise » 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 1er avril 2016 (complété le 1er septembre 2016), qui a été établi sous l'enseigne de la clinique Corela (ATF 144 V 258 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 résulte de ce qui précède qu'une pleine valeur probante ne peut être reconnue à l'expertise sur laquelle l'intimé s'est fondé pour statuer. Par ailleurs, force est de constater que le dossier ne contient aucun autre rapport, suffisamment étayé, qui permettrait à la chambre de céans de se déterminer sur la capacité de travail de l'assurée suite au traumatisme crânio-cérébral sévère qu'elle a subi en 2012, partant sur son degré d'invalidité et son droit à des prestations de l'intimé. L'instruction se révèle donc incomplète.

E. 11

Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), 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'administration pour complément d'instruction, soit procéder

A/4769/2017 - 13/15 - lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, 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 la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (RAMA 1986 n° K 665 p. 87). En l'occurrence, la décision attaquée repose sur une instruction incomplète et l'intimé l'a rendue sur la base d'un rapport de la clinique Corela exempt de valeur probante, sans mettre en œuvre d'expertise. Partant, la cause lui sera renvoyée pour ce faire, conformément à l'art. 44 LPGA ; il n'appartient en effet pas au juge de suppléer aux carences de l'instruction entreprise par l'intimé. L'OAI diligentera une expertise auprès d'experts indépendants, après avoir donné la possibilité à la recourante de se prononcer sur la personne des experts retenus, les questions à leur soumettre et les disciplines médicales à investiguer. C'est le lieu de relever que dans diverses causes similaires, le Tribunal fédéral et la juridiction de céans ont renvoyé la cause à l'administration pour instruction complémentaire (ATF 144 V 258 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_657/2017 consid. 5.2.2 ; ATAS/772/2018 consid. 9 ; ATAS/854/2018 consid. 11 ; ATAS/989/2018 consid. 9 ; ATAS/1009/2018 consid. 9). Cette solution a l'avantage de ne pas priver l'assurée d'un degré de juridiction.

E. 12

Enfin, la recourante requiert que l'expertise de la clinique Corela soit écartée du dossier préalablement au complément d'instruction. Toutefois, comme cela a été précédemment

retenu, l'intimé devra mettre en œuvre une expertise auprès d'experts indépendants (art. 44 LPGA). Dans la mesure où il incombera aux experts d'accomplir leur mandat en toute indépendance, rien ne permet de supposer qu'ils ne seront pas à même de le faire, du fait qu'une expertise antérieure figure dans le dossier. Il n'y a dès lors pas lieu d'extraire l'expertise de la clinique Corela du dossier dont elle fait partie.

E. 13

Partant, le recours est partiellement admis et la décision du 31 octobre 2017, annulée. La cause est renvoyée à l'OAI pour qu'il complète l'instruction dans le sens qui précède, puis rende une nouvelle décision.

E. 14

La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03).

A/4769/2017 - 14/15 -

E. 15

La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/4769/2017 - 15/15 - 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.