

## **GE\_GERICHTE ATAS/184/2019 vom 6. März 2019**

GE Cour de justice, 2019-03-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_184\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_184_2019)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/184/2019 du 6 mars 2019

IT: GE\_GERICHTE ATAS/184/2019 del 6 marzo 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**

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

#### **E. 3**

Le litige porte sur le bienfondé d'une nouvelle expertise psychiatrique de la recourante et la validité de la désignation du Dr G \_\_\_\_\_ pour y procéder.

A/1423/2018 - 9/13 -

#### **E. 4**

Selon l'art. 17 al. 1 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 changement notable des circonstances 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 qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1 ; I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). Selon l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est

modifiée de manière à influencer ses droits. Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1). L'exigence du caractère plausible d'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits de l'assuré doit permettre à l'administration d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes, respectivement des demandes de révision dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b; 117 V 198 consid. 4b et les références). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment

A/1423/2018 - 10/13 - l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b).

## **E. 5**

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 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). En vertu de 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. Lorsque l'assureur-accidents ordonne une expertise avant de rendre une décision au sens de l'art. 49 LPGa, il doit respecter le droit de l'assuré d'être entendu à ce stade déjà, sans attendre la phase – éventuelle – de la procédure d'opposition prévue par l'art. 52 LPGa (ATF 120 V 357 consid. 2b; RAMA 2000 n° U 369 p. 104 consid. 2b, 1996 n° U 265 p. 294 consid. 3c). Selon la jurisprudence, l'assuré bénéficie des droits de participation antérieurs en ce sens qu'elle peut s'exprimer sur les questions posées à l'expert (ATF 138 V 318 consid. 6.1). En outre, il 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 seconde 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; ATF 138 V 271 consid. 1.1). S'agissant plus particulièrement de la mise en œuvre d'une expertise consensuelle, le Tribunal fédéral a précisé qu'il est dans l'intérêt des parties d'éviter une prolongation de la procédure en s'efforçant de parvenir à un consensus sur l'expertise, après que des objections matérielles ou formelles ont été

soulevées par l'assuré. La recevabilité des objections n'est soumise à aucun délai, étant précisé que conformément au principe de la bonne foi, l'assuré est tenu de les formuler dès que possible. Si le consensus n'est pas atteint, l'assureur ordonnera une expertise, en rendant une décision qui pourra être attaquée par l'assuré (ATF 138 V 271 consid. 1.1). Le Tribunal fédéral a encore récemment rappelé que depuis l'ATF 137 V 210, il existe en principe une obligation de la part de l'assureur de

A/1423/2018 - 11/13 - s'efforcer à mettre en œuvre une expertise consensuelle avant de rendre une décision (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_908/2012 du 22 février 2013 consid. 5.1).

## **E. 6**

En l'espèce, la recourante a demandé, le 25 mars 2016, à l'OAI un trois quarts de rente d'invalidité. Elle était au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1er février 2013 suite à l'arrêt de la chambre de céans du 28 janvier 2016 réformant la décision rendue le 16 octobre 2014 par l'OAI lui octroyant un quart de rente d'invalidité. Son psychiatre traitant a attesté d'une aggravation de son état de santé dès avril-mai 2015. L'OAI a, dans un premier temps, examiné si l'aggravation de son état était plausible, ce qui a été retenu par le SMR, le 21 novembre 2016. Il a, sur cette base, informé l'assurée qu'il acceptait d'entrer en matière sur sa nouvelle demande, conformément à l'art. 87 al. 2 RAI, et qu'il procédait donc à son instruction. Par la suite, le gestionnaire du dossier a émis des doutes sur la plausibilité de l'aggravation de l'état de santé de la recourante en retenant, à tort, que l'expertise mentionnée dans l'arrêt de la chambre de céans du 28 janvier 2016 avait été effectuée en novembre 2015, soit après l'aggravation invoquée. En effet, le rapport d'expertise du Dr B\_\_\_\_\_ date du 21 juin 2013. Il a seulement été complété, à la demande de la chambre de céans, le 12 novembre 2015, sur la question de savoir si l'expert avait tenu compte de l'aide exigible de la famille de l'intéressée dans son appréciation de la capacité d'effectuer les travaux ménagers. Ce complément d'expertise ne contient pas d'appréciation de la situation de l'assurée postérieurement au 21 juin 2013. Cette erreur du gestionnaire est toutefois restée sans conséquence, puisque l'OAI n'a pas refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, mais au contraire a décidé de l'instruire, en faisant procéder à une expertise psychiatrique pour établir si l'état de santé de la recourante s'était aggravé. Il était nécessaire de procéder à une nouvelle expertise complète pour évaluer la situation de l'assurée en 2015, l'expertise effectuée en 2013 n'étant plus d'actualité, vu le temps passé et l'aggravation annoncée. La situation déjà jugée n'était plus la même, de sorte que l'intimé ne demandait pas une seconde opinion au Dr G\_\_\_\_\_. Il en résulte que la décision de l'intimé de faire procéder à une nouvelle expertise complète était bien fondée. Si les parties doivent être consultées sur la mission d'expertise et l'expert choisi, il ne leur appartient pas de choisir l'expert. L'intimé a respecté le droit d'être entendu de la recourante en lui soumettant un délai pour faire valoir ses éventuels motifs de récusation et se prononcer sur la mission d'expertise, mais il faut admettre qu'il s'est précipité et que le délai de douze jours octroyé était trop court, ce d'autant plus qu'il commençait le 22 décembre 2017, soit juste avant les fêtes de fin d'année. Cela étant, l'intimé a pris en compte les griefs de la recourante en annulant la convocation de l'expert et en confiant son dossier à un autre gestionnaire, de sorte qu'il a ainsi réparé son erreur. Le motif invoqué contre le Dr G\_\_\_\_\_ ne constitue pas une cause de récusation fondée, dès lors que celui-ci n'a pas expertisé le mari de la recourante. Dans la

A/1423/2018 - 12/13 - mesure toutefois où l'expertise n'a pas encore été mise en oeuvre, il se justifie que l'intimé propose un-e nouvel-le expert-e à la recourante, afin de parvenir,

autant que possible, à un consensus évitant la prolongation de la procédure, qui n'a déjà que trop duré.

**E. 7**

Au vu des considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis. La décision querellée sera annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision.

**E. 8**

La recourante obtenant ainsi partiellement gain de cause, elle a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 1'000.- (art. 61 let. g LPGA).

**E. 9**

Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

A/1423/2018 - 13/13 - 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.