

GE_GERICHTE ATAS/391/2020 vom 14. Mai 2020

GE Cour de justice, 2020-05-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_391_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/391/2020 du 14 mai 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/391/2020 del 14 maggio 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

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

E. 3

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 4

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé de maintenir l'expertise pluridisciplinaire auprès du CEMed.

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, mentale ou psychique 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). 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a

présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29

A/3469/2019 - 14/20 - al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

E. 6

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration 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). 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. c. 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 de loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021). 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 des assurances P 29/03 du 25 novembre 2004), qui est directement susceptible de recours devant le tribunal cantonal des assurances (cf. art. 56 al. 1 LPGA). d. Aux termes de l'art. 15 al. 1 LPA, dont les causes de récusation s'appliquent aux experts en application de l'art. 39 al. 2 LPA, les membres des autorités administratives appelés à rendre ou à préparer une décision doivent se récuser : a) s'ils ont un intérêt personnel dans l'affaire ; b) s'ils sont parents ou alliés d'une partie en ligne directe ou jusqu'au troisième degré inclusivement en ligne collatérale ou s'ils sont unis par mariage, fiançailles, par partenariat enregistré, ou mènent de fait une vie de couple ; c) s'ils représentent une partie ou ont agi pour une partie dans la même affaire ; d) s'il existe des circonstances de nature à faire suspecter leur partialité. L'expert doit être, d'une part, subjectivement impartial : il ne doit pas, par exemple, avoir fait des déclarations sur l'issue du litige, y avoir un intérêt personnel, être parent ou allié avec l'une des parties, etc. Il doit, d'autre part, être objectivement impartial, dans le sens de la jurisprudence susmentionnée (cf. J. MEINE, l'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, in l'expertise médicale, 2002, p. 27). Le simple fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas de douter a priori de l'objectivité de son appréciation, ni de soupçonner une prévention (cf. ATF 125 V 353).

A/3469/2019 - 15/20 - Il existe une présomption d'impartialité de l'expert, de sorte que l'assuré doit apporter la preuve du contraire permettant de renverser cette présomption (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 752/03 du 27 août 2004). Les parties à une procédure ont le droit d'exiger la récusation d'un expert dont la situation ou le comportement sont de nature à faire naître un doute sur son impartialité. Cette garantie tend notamment à éviter que des circonstances extérieures à la cause ne puissent influencer le jugement en faveur ou au détriment d'une partie. Les impressions individuelles d'une des parties au procès ne sont toutefois pas décisives. Un expert passe pour prévenu lorsqu'il

existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs. Seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération (ATF 127 I 198 consid. 2b; ATF 125 V 351 consid. 3b/ee; ATF 123 V 175 consid. 3d). e. 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.). Le Tribunal fédéral a également considéré qu'il convient d'accorder une importance plus grande que cela a été le cas jusqu'ici, à la mise en oeuvre consensuelle d'une expertise et que l'assureur doit rendre une décision incidente susceptible de recours lorsqu'elle est en désaccord avec le requérant ou ses proches sur le choix de l'expert. Il est de la responsabilité tant de l'assureur social que de l'assuré de parer aux alourdissements de la procédure qui peuvent être évités. Il faut également garder à l'esprit qu'une expertise qui repose sur un accord mutuel donne des résultats plus concluants et mieux acceptés par l'assuré (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 p. 256). f. S'agissant plus particulièrement de la mise en oeuvre d'une expertise consensuelle, le Tribunal fédéral a précisé, dans un arrêt subséquent, 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. Ce n'est que si le consensus ne peut être atteint que l'assureur pourra ordonner une expertise, en rendant une décision qui pourra être attaquée par l'assuré (ATF 138 V 271 consid. 1.1).

A/3469/2019 - 16/20 - La recherche d'un consensus est nécessaire lorsque l'assuré fait valoir des objections « admissibles » de nature formelle, en rapport avec le cas concret, ou matérielle, en rapport avec la spécialité médicale (arrêt du Tribunal fédéral 9C_560/2013 du 6 septembre 2013 consid. 2.3 et les références). Enfin, la chambre de céans a jugé qu'indépendamment des griefs invoqués par l'assuré à l'encontre de l'expert, la désignation de l'expert par l'assureur devait être annulée et la cause lui être renvoyée lorsqu'il n'avait pas essayé de parvenir à un accord avec l'assuré sur le choix de l'expert, en violation des droits de participation de l'assuré dans la procédure de désignation de celui-ci. Elle a précisé à cet égard que ce n'est pas uniquement en présence de justes motifs de récusation à l'encontre de l'expert que l'assuré pouvait émettre des contre-propositions (ATAS/226/2013 du 28 février 2013 consid. 5 et ATAS/263/2013 du 13 mars 2013 consid. 6). Il n'en demeure pas moins qu'une partie ne pouvait s'opposer à la désignation d'un expert sans donner des motifs valables, tels que des doutes sur son indépendance ou sa compétence. En effet, si tel était le cas, cela reviendrait à lui accorder un droit de veto sur le choix d'un expert (ATAS/1029/2017 du 16 novembre 2017 consid. 6). g. Le Conseil fédéral a introduit l'art. 72bis RAI, 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). L'OFAS a élaboré une liste des critères que les centres d'expertises (COMAI) 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). Si les COMAI sont principalement rémunérés par l'assurance-invalidité (sur la base de conventions tarifaires), il n'en demeure pas moins qu'ils exécutent leur mandat d'expertise de manière indépendante; ils ne reçoivent sur ce point aucune instruction de l'OFAS ou des organes d'exécution de l'assurance-invalidité, ni ne sont soumis d'une quelconque autre manière à ces autorités. En considération de ces éléments notamment, le Tribunal fédéral des assurances a jugé, dans un arrêt publié aux ATF 123 V 175, que l'indépendance et l'impartialité des médecins des COMAI à l'égard de l'administration et de l'OFAS étaient garanties (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 742/04 du 1er juin 2006). SuisseMED@P est une plateforme basée sur le web. Elle attribue les mandats d'expertise médicale pluridisciplinaire de manière aléatoire et dispose d'un service statistique qui permet de mesurer la qualité et le temps nécessaire à l'accomplissement des mandats.

A/3469/2019 - 17/20 - 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. Il 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 10 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. Dès lors que SuisseMED@P attribue les mandats d'expertise médicale pluridisciplinaire de manière aléatoire, la personne assurée ne peut, dans ce cas, invoquer valablement une violation de ses droits de participation dans la procédure de désignation de l'expert, puisque que c'est le hasard et non le consensus qui préside à l'attribution du mandat d'expertise (ATAS/988/2017 du 7 novembre 2017; ATAS/647/2017 du 18 juillet 2017; ATAS/1282/2013 du 19 décembre 2013). Dans un arrêt 9C_207/2012 du 3 juillet 2013 (ATF 139 V 349), le Tribunal fédéral a jugé que la limitation de l'attribution des mandats d'expertise selon le principe aléatoire aux expertises comprenant trois ou plus de trois disciplines médicales selon l'art. 72bis RAI est conforme au droit (consid. 2.2 et 5.4), mais que les autres exigences constitutionnelles mises en évidence dans l'ATF 137 V 210 sont applicables par analogie aux expertises médicales mono- et bidisciplinaires (consid. 3-5), exigeant en particulier que pour ces expertises la procédure soit davantage axée sur la recherche d'un consensus. Selon la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI), dans sa version n° 17, état au 11 décembre 2017, pour donner un mandat d'expertise monodisciplinaire, bidisciplinaire ou pluridisciplinaire, l'office AI utilise le formulaire « concernant les expertises médicales » (annexe VI) ; si dans le cas particulier, le SMR et/ou l'office AI l'estiment nécessaire, ils peuvent poser des questions supplémentaires (ch. 2074). Les expertises pluridisciplinaires sont attribuées par le biais de la plateforme informatique SuisseMED@P (ch. 2075 à 2082). Le centre d'expertises compétent en dernier lieu pour l'intégrité et l'exhaustivité de

l'expertise examine, sous l'angle de l'économicité de l'instruction, si la liste des disciplines médicales doit être modifiée. Les disciplines choisies par le centre ne peuvent être contestées ni par l'office AI ni par l'assuré (ATF 139 V 349, consid. 3.3), qui doivent accepter la décision prise par le centre d'expertises après l'examen requis (ch. 2077.7)

A/3469/2019 - 18/20 -

E. 7

a. En l'espèce, l'intimé a pris une première décision, le 6 décembre 2018, ordonnant une expertise comportant les spécialités de médecine interne, psychiatrie et neurologie et donnant un délai à la recourante pour proposer des questions complémentaires. La recourante n'a pas contesté cette décision, de sorte que celle-ci est entrée en force en ce qui concerne le principe de l'expertise et les différents volets de celle-ci. b. Le 20 mai 2019, l'intimé a communiqué à la recourante le nom du centre d'expertises désigné et des experts, en lui donnant un délai pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation contre les experts désignés. La recourante a contesté le choix du CEMed au motif qu'on lui avait rapporté que les patients n'y étaient pas considérés avec respect et diligence. L'OFAS a considéré que le CEMed répondait aux exigences formelles et professionnelles pour se voir attribuer les expertises pluridisciplinaires des offices AI de manière aléatoire par le biais de la plateforme SuisseMED@P. Dans ce contexte, la recourante ne peut invoquer une violation de ses droits de participation, selon la jurisprudence précitée. Les griefs d'ordre général qu'elle a soulevés contre le CEMed ne visent aucun expert désigné ni aucun comportement en particulier et ne constituent pas des motifs de récusation, au sens de l'art. 15 al. 1 LPA, étant rappelé que seules des circonstances constatées objectivement peuvent être prises en considération à cet égard. Le grief de la recourante contre la désignation du CEMed doit donc être écarté. c. La recourante a encore fait valoir, le 3 juin 2019, qu'un nouveau diagnostic avait été posé qui était à même de donner une explication médicale à ses troubles et a demandé, dans un premier temps, à ce qu'un volet cardiologique/rythmologue soit ajouté à l'expertise, puis dans un second temps, l'annulation de l'expertise pluridisciplinaire en faveur d'une nouvelle expertise bidisciplinaire. Vu la complexité du cas de la recourante, une expertise pluridisciplinaire apparaît toujours nécessaire. Bien que le volet neurologique soit contesté, il n'apparaît pas d'emblée inutile, dès lors que la recourante a été essentiellement suivie par un spécialiste de cette discipline, le Dr C_____, qui a lui-même relevé, le 13 juin 2019, que la situation était complexe. Les rapports au dossier ne permettent pas d'exclure que l'atteinte ait une cause neurologique, ne serait-ce que partielle. En particulier, le rapport établi le 7 juillet 2019 par les Drs P_____ et O_____ relève que plusieurs investigations avaient été effectuées qui excluaient notamment des causes « purement » neurologiques, infectieuses et immunologiques. Il résulte encore de ce rapport que le nouveau diagnostic venait d'être posé et qu'il devait être encore investigué. Des petites doses de Sartan « pourraient » diminuer les symptômes parasymphatiques sans avoir d'effet hypotenseur. Pour cette raison, il avait été proposé à la recourante une faible dose de Candesartan 2 mg une fois par jour afin d'évaluer la réponse sur les symptômes qu'elle présentait régulièrement.

A/3469/2019 - 19/20 - Les médecins prévoyaient de revoir la recourante un mois plus tard pour évaluer l'évolution sous ce traitement. La chambre de céans n'a pas reçu d'autres rapports concernant l'effet du nouveau traitement. Dans ces circonstances, il n'apparaît pas établi, en l'état, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'expertise pluridisciplinaire prévue à l'origine ait perdu toute utilité. Si l'avis du SMR du 17 juin 2019

exclut de façon peu convaincante la nécessité d'un examen cardiologique, il relève, à juste titre, qu'un tel examen peut être intégré dans l'expertise. C'est le CEMed qui est compétent, en dernier lieu, pour examiner, sous l'angle de l'économicité de l'instruction, si la liste des disciplines médicales doit être modifiée (ch. 2077.7 CPAI). Les experts du CEMed sont les plus à même de déterminer, sur la base d'un dossier médical mis à jour, si un volet cardiologique doit être ajouté à leur expertise et si le volet neurologique est encore utile. Le fait que le mandat d'expertise ne prévoyait pas à l'origine un volet cardiologique n'est pas déterminant. Si les experts décident d'inclure un tel volet à leur expertise, cela n'implique en effet pas que celui-ci aurait moins d'importance que ceux prévus initialement. d. S'agissant du volet médecine interne de l'expertise, la recourante n'a pas de motif justifié de le contester, dès lors qu'elle ne l'a pas fait en temps utile et en l'absence de fait nouveau à ce sujet. e. En conséquence, il convient de confirmer la décision querellée.

E. 8

Infondé, le recours sera rejeté.

E. 9

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

A/3469/2019 - 20/20 -

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.