

GE_GERICHTE ATAS/486/2018 vom 4. Juni 2018

GE Cour de justice, 2018-06-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_486_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/486/2018 du 4 juin 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/486/2018 del 4 giugno 2018

Erwägungen

E. 44

Le 2 octobre 2017, la chambre de céans a requis des experts qu'ils se prononcent sur les critiques émises par le SMR et l'OAI à l'encontre de leur expertise.

E. 45

Le 9 octobre 2017, le Dr Q_____ a rendu un complément d'expertise et un rapport d'expertise « modifié tenant compte des remarques de l'OAI suite à la rédaction de la première variante d'expertise ». Il certifiait avoir réalisé un consilium avec le Dr P_____ ; il n'était pas contradictoire que la capacité de travail soit de 100 % dans une activité adaptée du point de vue rhumatologique et de 50 % dans toute activité du point de vue psychiatrique, aboutissant finalement à une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Les experts avaient dû faire la part des choses entre les limitations fonctionnelles objectivables et les limitations subjectives ; ils ne pouvaient annuler toutes les observations objectives plaidant pour l'existence de certains troubles avec des limitations fonctionnelles objectivables, juste parce qu'il existait aussi une exagération d'autres troubles.

- 22/45-

A/335/2016 Il avait clairement décrit un ralentissement psychomoteur sévère, devenu ensuite moyen, lequel était un élément objectif, tout comme la tristesse modérée, permettant entre autre de considérer une capacité de travail de 50 % ; les troubles de la concentration, subjectifs, n'avaient pas été pris en compte, ni l'intolérance à la frustration et au stress et ni l'isolement social partiel ; il clarifiait les limitations fonctionnelles objectives, de celles subjectives, comme suit : « au moment de l'expertise et ce depuis 2011, on retenait des limitations fonctionnelles psychiatriques modérées mais significatives en lien avec l'épisode dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique, dans le sens d'une tristesse modérée, mais présente la plupart de la journée (objectivée lors de l'examen clinique), un ralentissement psychomoteur modéré avec fatigue (objectivé lors de l'examen clinique), des troubles de la concentration subjectifs (élément subjectif sans impact sur la capacité de travail), une intolérance à la frustration et au stress (élément subjectif sans impact sur la capacité de travail) et un isolement social partiel, mais pas total (élément subjectif sans impact sur la capacité de travail). ». L'appréciation de la capacité de travail s'était basée uniquement sur les aspects objectifs lors de l'examen clinique. Le fait que le traitement pouvait être optimisé ne permettait pas de remettre en question l'évaluation de la capacité de travail chez un assuré compliant ; l'amélioration possible se basait sur les recommandations de l'association américaine de psychiatrie. Selon la CIM-10, on devait intégrer les plaintes subjectives aux observations objectivables pour poser les diagnostics, ce qui avait été fait ; les critères diagnostiques de la CIM-10 n'étaient d'ailleurs pas remis en question par l'OAI. La description de la journée type était concordante avec le

ralentissement psychomoteur modéré objectivé, qui ralentissait l'assuré dans de nombreuses activités, celles-ci restant possibles mais nécessitant un temps plus long. Dès lors, il n'y avait aucune contradiction entre la journée type et le diagnostic retenu, ce d'autant que la journée type n'était pas en soi un critère diagnostique de la CIM-10. L'OAI contestait sans raison l'existence d'un ralentissement psychomoteur modéré ; cette limitation fonctionnelle expliquait aussi le fait que l'assuré pouvait faire de nombreuses activités dans une journée mais en étant ralenti. L'avis du traducteur sur les causes culturelles de la non-participation de l'assuré aux tâches ménagères ne pouvait remettre en question le diagnostic psychiatrique ; l'assuré avait eu une tendance à amplifier certaines plaintes davantage avec l'expert rhumatologue qu'avec l'expert psychiatre, ce qui ne remettait pas en cause non plus le diagnostic psychiatrique. Les troubles de la concentration et l'isolement social partiel n'avaient pas été pris en compte dans l'évaluation de la capacité de travail réduite.

- 23/45-

A/335/2016 Il confirmait une exagération inconsciente des plaintes ; l'assuré avait d'ailleurs nié une aggravation fulgurante de son état de santé, telle que relatée par son psychiatre- traitant. Il s'agissait d'un assuré qui présentait certaines limitations fonctionnelles objectivables et d'autres purement subjectives, non objectivables, dans le contexte d'une exagération de plaintes probablement inconsciente, ce qui était par ailleurs rencontré fréquemment dans la clinique, surtout chez les personnes qui présentaient une modification traumatique de la personnalité. Cette exagération n'était justement pas suffisante pour remettre en question les diagnostics validés selon les critères diagnostiques de la CIM-10, ni les autres limitations fonctionnelles objectivables. La question des divergences d'exagération entre l'expertise rhumatologique et psychiatrique avaient été discutée entre les experts et cette divergence ne permettait pas à elle seule, car elle n'était pas suffisante ni quantitativement, ni qualitativement, pour remettre en question le consensus des experts. Tenant compte des indicateurs de gravité de la nouvelle jurisprudence de 2015, la capacité de travail restait de 50 %. Degré de gravité fonctionnelle : il existait des limitations objectivables en lien avec des épisodes dépressifs récurrents moyens (tristesse modérée objectivée à l'examen clinique et un ralentissement psychomoteur sévère et puis modéré). Atteinte à la santé, diagnostics et comorbidités : des limitations fonctionnelles significatives étaient retenues en raison des épisodes dépressifs récurrents moyens. Traitement : il devait être optimisé par le psychiatre-traitant mais la compliance était bonne : l'évolution était stationnaire. Personnalité : il existait une modification durable et traumatique de la personnalité. Contexte social : l'assuré arrivait à garder de bonnes relations avec des membres de sa famille et avec des amis, toutefois dans le cadre d'un isolement social partiel. Cohérence : elle était bonne entre les plaintes subjectives et le constat objectif ; le décalage existant entre les troubles de la concentration et le constat objectif et entre l'examen clinique psychiatrique et rhumatologique s'inscrivait dans un contexte de modification traumatique de la personnalité. Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie : au moment de l'expertise l'assuré gardait des capacités et des ressources personnelles, car il arrivait à gérer son quotidien, à participer aux activités ménagères légères d'un point de vue physique, à avoir des contacts sociaux adéquats, etc. Il était retenu des limitations fonctionnelles significatives d'un point de vue psychiatrique d'une façon uniforme dans le sens d'un ralentissement psychomoteur modéré et d'une tristesse modérée, dans le contexte d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. En effet, ces limitations ralentissaient

A/335/2016 significativement l'assuré dans ses tâches uniformément, bien que la réalisation des tâches restait possible. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie pour le traitement et la réadaptation : il présentait une faible motivation pour une réadaptation professionnelle dans un contexte de bénéfices primaires et des autolimitations, mais qui ne mettaient pas en question son épisode dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique, ni les limitations fonctionnelles objectivables. D'un point de vue psychiatrique il était possible aussi de douter de l'impartialité d'un expert par des éléments objectivables, ce qui avait été fait s'agissant de l'expertise CORELA ; la position du SMR qui avait décidé de confirmer l'expertise CORELA était difficile à suivre. La réponse aux remarques de l'OAI avait été discutée et élaborée consensuellement entre les experts.

E. 46

Le Dr P_____ a rendu le 13 octobre 2017 un complément d'expertise, lequel avait été discuté avec le Dr Q_____. Il a certifié avoir tenu un consilium avec le Dr Q_____ après avoir eu plusieurs échanges avec lui aboutissant à une capacité de travail de 50 %, limitée d'un point de vue psychiatrique ; le fait que l'assuré présentait une exagération de certains troubles n'annulait pas les observations objectives plaidant pour l'existence de certains troubles avec des limitations fonctionnelles objectivables ; les divergences existantes n'étaient pas d'une intensité suffisante pour remettre en cause le diagnostic psychiatrique ; la description des activités ménagères décrites par l'expert psychiatre était plus complète que la sienne car il n'avait pas tenu compte, en posant les questions à l'assuré, du ralentissement psychomoteur modéré observé par l'expert, lequel avait en conséquence posé plusieurs questions directes et indirectes pour établir une anamnèse fiable concernant les activités ménagères. Il partageait l'appréciation psychiatrique selon laquelle l'exagération de certains symptômes et signes cliniques était très probablement une exagération inconsciente en relation avec les pathologies psychiatriques.

E. 47

Le 11 décembre 2017, le docteur S_____, FMH médecine générale, a attesté d'une capacité de travail totale de l'assuré dès le 1er février 2018, selon évolution.

E. 48

Le 21 décembre 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions tendant au renvoi de la cause à l'intimé pour prise d'une décision plus motivée et, subsidiairement, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière : il a joint un rapport médical adressé au médecin-conseil de la Ville de Genève le 14 décembre 2017 du docteur E_____, attestant d'une incapacité de travail totale due à une énorme fragilité psychique, des difficultés cognitives, de l'anxiété, de la fatigue, de la tristesse, de l'irritabilité, de la faiblesse musculaire, des troubles de la mémoire et de la concentration.

E. 49

Le 15 janvier 2018, la Dre R_____ du SMR a rendu un avis selon lequel, dans l'examen des indicateurs il était recommandé – dans la mesure du possible – de

A/335/2016 faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant et après la survenance de l'atteinte à la santé. Or, cette donnée n'était pas explicitée dans le rapport

d'expertise. En l'occurrence, aucun élément (médical ou extra-médical) figurant dans l'expertise ne permettait d'affirmer que l'atteinte à la santé – retenue comme incapacitante par l'expert – avait une influence directe sur les activités de la vie quotidienne (avant et après l'apparition de cette dernière). L'expert indiquait que « au moment de l'expertise l'assuré gardait des capacités et ressources personnelles, car il arrivait à garder des bonnes relations avec plusieurs membres de sa famille et avec des amis (...) », mais, de manière surprenante, il retenait un isolement social partiel. L'ensemble des éléments de la vie quotidienne allaient dans le sens de la présence de bonnes ressources personnelles et sociales. Dans le cas présent, l'assuré ne bénéficiait pas d'un traitement psychiatrique optimal, mais ceci ne pouvait pas être imputé à une mauvaise observance. L'expert signalait que « les indices jurisprudentielles de gravité pour un éventuel trouble somatoforme persistant ne sont pas remplis, mais ils sont remplis pour un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique en raisons des limitations fonctionnelles objectivables »; le SMR s'était déjà exprimé dans son précédent avis sur les limitations fonctionnelles. Au vu de ce qui précédait, le SMR ne pouvait suivre les conclusions de l'expert psychiatre quant à une capacité de travail de 50 %.

E. 50

% du point de vue psychiatrique ; les experts ont précisé qu'il s'agissait d'une situation complexe où les limitations fonctionnelles objectivables sont brouillées par des limitations subjectives et des autolimitations avec des exagérations ; les observations objectives révélant les limitations fonctionnelles objectivables ne peuvent être annulées par le constat qu'il existe aussi une exagération d'autres troubles. L'anamnèse de l'activité ménagère de l'expert rhumatologue a été plus brève que celle de l'expert psychiatre et repose en partie sur une appréciation subjective de l'interprète ; l'expert rhumatologue estime que, s'il avait mieux tenu compte du ralentissement psychomoteur du recourant et approfondi cet aspect avec le recourant, il serait arrivé à une description similaire à celle de l'expert psychiatre. c.e. L'intimé estime que l'expert psychiatre a largement dépassé son rôle d'expert en relevant que l'expertise CORELA a une faible valeur probante et en soulignant l'impartialité des experts. Les critiques à l'encontre de l'expertise CORELA ne

- 40/45-

A/335/2016 sont, selon lui, pas fondées et l'expert psychiatre n'explique pas les divergences d'anamnèses entre son expertise et celle de l'expertise CORELA. A cet égard, il convient de relever que la critique de l'intimé n'est pas pertinente dès lors que, dans son ordonnance du 17 janvier 2017, la chambre de céans a motivé les nombreuses raisons qui justifient de s'écarter du rapport de la Clinique CORELA, qualifié « à la limite de l'intelligibilité », en relevant les importantes contradictions et lacunes qu'il comprend, tant du point de vue rhumatologique que psychiatrique. Le Dr Q_____ a relevé qu'il a donné un avis psychiatrique sur l'expertise CORELA et que c'est le sens à donner aux termes « faible valeur probante » qu'il a utilisé. La critique de l'intimé est d'autant plus malvenue qu'à la lecture des remarques du Dr Q_____, on constate qu'il critique effectivement l'expertise CORELA sous un angle psychiatrique et non pas juridique (décalage entre l'anamnèse et les plaintes du recourant, défaut de tests, interprétations subjectives de l'expert psychiatre, minimisation des plaintes sans motivation, jugement de valeur des experts sans se baser sur des faits objectifs faisant douter de l'impartialité des experts et l'absence des indicateurs concernant le TSD). c.f. Le SMR relève que l'expert, après avoir analysé les indicateurs concernant le TSD, n'a pas effectué une comparaison du niveau d'activité sociale avant et

après la survenance de l'atteinte à la santé ; or, aucun élément médical ou extra-médical ne permet, selon l'intimé, d'affirmer que l'atteinte à la santé a une influence directe sur les activités de la vie quotidienne. L'expert psychiatre a confirmé qu'après analyse des indicateurs concernant le TSD, la capacité de travail du recourant n'est pas modifiée et reste de 50 %. Il existe, selon l'expert, des limitations objectivables, significatives et les critères diagnostics sont remplis pour des épisodes dépressifs récurrents moyens ; la compliance au traitement est bonne mais le psychiatre traitant doit optimiser le traitement ; la modification traumatique de la personnalité, suite à l'état de stress post traumatique dû aux tortures subies en Turquie, a favorisé les épisodes dépressifs récurrents moyens et un isolement social partiel ainsi que l'installation de douleurs somatoformes ; le recourant garde des capacités et ressources personnelles car il a de bonnes relations avec plusieurs membres de sa famille et des amis ; il existe une bonne cohérence entre les plaintes et le constat objectif, les incohérences constatées s'inscrivant dans le contexte de la modification traumatique de la personnalité ; le recourant arrive à gérer son quotidien, à participer à des tâches ménagères légères et à avoir des contacts sociaux adéquats mais les limitations fonctionnelles sont uniformes, soit dans tous les domaines comparables de la vie ; le ralentissement psychomoteur et la tristesse modérée sont présents dans toutes les tâches, même si celles-ci restent possibles ; le recourant a une faible motivation pour une réadaptation professionnelle mais cela ne remet pas

- 41/45-

A/335/2016 en question ses limitations fonctionnelles objectivables ; les indices de gravité ne sont pas remplis pour un TSD, mais le sont pour le trouble dépressif récurrent moyen, avec syndrome somatique. L'expert a ainsi mis en évidence un ralentissement psychomoteur et une tristesse modérée présentes de façon uniforme dans tous les domaines de la vie du recourant, donc également sur le niveau d'activité sociale de celui-ci ; dans ce sens, l'atteinte à la santé a bien une influence directe sur les activités de la vie quotidienne, ce qui est également cohérent avec un isolement social partiel du recourant ; il n'y a, en particulier, pas de contradiction entre le constat d'un isolement social partiel et la présence de ressources permettant de garder certains contacts familiaux et amicaux. A cet égard, il convient de rappeler, ce que semble oublier l'intimé, que l'expertise judiciaire a reconnu au recourant une capacité de travail de 50 %, soit un taux qui n'est pas négligeable ; or, pour mettre à profit cette capacité de travail résiduelle, il est nécessaire de posséder certaines ressources, dont des compétences sociales, situation qui n'est pas comparable à celle d'un assuré qui serait reconnu, après application des indicateurs précités, comme totalement incapable de travailler. c.g. L'intimé expose que puisque l'expert estime que si l'ancienne jurisprudence concernant le TSD était appliquée, le trouble dépressif récurrent de gravité moyenne ne serait pas incapacitant, ce diagnostic ne peut constituer une comorbidité psychiatrique grave, justifiant une incapacité de travail. Selon l'intimé, l'isolement social n'est que partiel, le recourant dispose de ressources personnelles préservées et les limitations fonctionnelles ne semblent pas se manifester de manière uniforme autant dans la vie professionnelle que privée ; si les indicateurs ne sont pas remplis pour un TSD, ils ne le sont pas pour un trouble dépressif récurrent de gravité moyenne. A cet égard, il convient d'admettre que l'explication de l'expert psychiatre concernant l'ancienne et la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral relative au TSD n'est pas très claire. Cependant, l'appréciation de ces critères est de nature juridique, de sorte que la conclusion de l'expert à cet égard n'est pas déterminante. Contrairement toutefois à l'avis de l'intimé, on ne saurait

inférer du complément d'expertise du Dr Q_____ (rapport p.14) que le trouble dépressif récurrent n'est pas incapacitant au regard des indicateurs jurisprudentiels pertinents, dès lors que l'expert marque une nette différence entre la présence d'un TSD, sans substrat organique, et celle, en l'occurrence, du trouble dépressif récurrent et de la modification traumatique de la personnalité, comprenant des limitations fonctionnelles objectivées. Par ailleurs, contrairement à l'avis de l'intimé, l'expert psychiatre ne dit pas que le trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique ne serait pas invalidant après appréciation des indicateurs de l'ancienne jurisprudence du Tribunal fédéral,

- 42/45-

A/335/2016 puisqu'il confirme que ce diagnostic entraîne des limitations fonctionnelles objectivables et incapacitantes à hauteur de 50 %. Enfin, l'affirmation de l'intimé selon laquelle les limitations fonctionnelles ne semblent pas se manifester de manière uniforme dans la vie professionnelle et dans la vie privée du recourant ne repose sur aucun élément objectif, étant par ailleurs relevé qu'il incombe, en relation avec l'examen de cette uniformité, d'examiner le comportement du recourant reconnu capable de travailler à 50 % dans son activité lucrative antérieure. Or, à cet égard, l'expert psychiatre a justement indiqué que les limitations fonctionnelles étaient présentes de façon uniforme dans tous les domaines de la vie du recourant. c.h. Enfin, l'intimé n'explique pas clairement sur quel avis médical probant il se fonde pour estimer que le recourant est totalement apte à travailler, étant relevé qu'il a d'abord soutenu dans sa détermination du 25 novembre 2016 que l'expertise CORELA a une pleine valeur probante, qu'il a ensuite relevé, dans le même sens, dans ses observations du 31 août 2017, que l'expert psychiatre a émis des critiques non fondées à l'encontre de l'expertise CORELA, sans toutefois contester les arguments développés par la chambre de céans dans son ordonnance d'expertise du 17 janvier 2017 concluant à l'absence totale de valeur probante de cette expertise. Finalement, l'intimé a indiqué, dans sa dernière écriture du 16 mai 2018, qu'il maintient que l'expertise CORELA a pleine valeur probante mais que, la chambre de céans l'ayant écartée et l'expertise judiciaire n'étant elle-même pas probante, il suffit de se fonder sur les éléments médicaux et extra-médicaux au dossier pour conclure à une capacité de travail totale du recourant. Or, au titre d'élément médical, l'intimé se fonde sur une phrase tirée de l'expertise judiciaire selon laquelle les indices jurisprudentiels de gravité pour un éventuel TSD ne sont pas remplis ; or, l'intimé a dénié toute valeur probante à l'expertise judiciaire de sorte qu'il ne saurait se fonder, pour motiver sa position, sur une déclaration de l'expert, de surcroît sortie de son contexte. Cette manière de procéder n'est pas cohérente. Il en est de même de l'analyse des indicateurs effectuée par l'intimé, puisqu'elle se réfère en partie à l'avis du SMR du 15 janvier 2018, lequel fait référence à l'expertise judiciaire. Pour le reste, l'intimé n'explique pas sur quel document au dossier il se fonde pour procéder à l'analyse desdits indicateurs. Au surplus, on comprend mal comment l'intimé peut soutenir que l'expertise CORELA présente une pleine valeur probante ; d'une part au vu de l'arrêt du Tribunal fédéral du 22 décembre 2017 (2C 32/2017), relevant, en particulier, que l'administrateur de la Clinique CORELA « a modifié (notamment sur des points non négligeables et en particulier de diagnostics) et signé des dizaines d'expertises sans avoir vu les expertisés et sans l'accord de l'expert », de sorte qu'en l'occurrence, il existe un doute sérieux sur le fait que l'expertise CORELA

- 43/45-

A/335/2016 ait été rendue dans les règles de l'art ; d'autre part, au vu de la position de l'intimé qui s'est prévalu du fait qu'il a lui-même renoncé, depuis 2008 déjà, soit antérieurement à l'expertise CORELA en cause, à confier à cette clinique des mandats d'expertises (article de la Tribune de Genève du 14 mars 2018 p. 6), l'OFAS ayant par ailleurs déclaré en avoir fait de même depuis 2015 (réponse du conseil fédéral du 5 mars 2018 – www.parlement.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20185059) 17. Au vu de ce qui précède, il convient de suivre les conclusions de l'expertise bidisciplinaire judiciaire, probante, et de reconnaître au recourant une incapacité de travail de 50 % dans toute activité depuis le 1er janvier 2011. S'agissant du degré d'invalidité, l'activité antérieure étant exigible et le recourant l'ayant de surcroît reprise, le degré d'invalidité se confond avec le taux de l'incapacité de travail ; il est ainsi de 50 %. Partant, le recourant à droit, dès le 1er janvier 2012, à une demi-rente d'invalidité. Cependant, compte tenu du dépôt de sa demande de prestations le 7 octobre 2011, le droit à la rente ne peut débuter que le 1er avril 2012. 18. a. Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 3'500.- sera accordée au recourant à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé. Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-. b. Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un Centre d'observation médicale de l'assurance- invalidité (COMAI) peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance- invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3). En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décide de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1 bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.2). Cette règle, qu'il convient également d'appliquer dans son principe aux expertises judiciaires mono- et bidisciplinaires (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), ne saurait

- 44/45-

A/335/2016 entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (voir par exemple

arrêt du Tribunal fédéral 8C_71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2). En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 précité consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.3). En l'occurrence, une expertise bidisciplinaire judiciaire a été nécessaire, compte tenu de l'absence de toute valeur probante de l'expertise CORELA, effectuée à la demande de l'intimé (au moyen de la plateforme SWISSMED@P), comme cela a été exposé dans l'ordonnance d'expertise du 17 janvier 2017 (ATAS/19/2017). Dans ces conditions, il se justifie de mettre les frais d'expertise de CHF 17'946.- à la charge de l'intimé.

- 45/45-

A/335/2016 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.