

## **GE\_GERICHTE ATAS/489/2016 vom 16. Juni 2016**

GE Cour de justice, 2016-06-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_489\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_489_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/489/2016 du 16 juin 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/489/2016 del 16 giugno 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique

A/3246/2015 - 10/17 - 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-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

#### **E. 2**

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

#### **E. 3**

a. Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure. Ces dernières visent les décisions incidentes que le législateur a soustraites à la procédure d'opposition, afin d'éviter des retards excessifs dans le déroulement de la procédure (ATF 131 V 42 consid. 2.1). Les décisions préjudicielles et incidentes désignent toutes les décisions qui ne mettent pas un terme à la procédure et qui ne sont dès lors ni des décisions finales, ni des décisions partielles (ATF 133 V 477 consid. 4.1.3). Selon l'art. 92 de la loi sur le Tribunal fédéral (LTF ; RS 173.110), les décisions préjudicielles et incidentes qui sont notifiées séparément et qui portent sur la compétence ou sur une demande de récusation peuvent faire l'objet d'un recours (al. 1). Ces décisions ne peuvent plus être attaquées ultérieurement (al. 2). Les art. 45 et 46 de la loi sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA ; RS 172.021) prévoient les mêmes conditions de recours s'agissant des décisions administratives. Sur le plan cantonal, l'art. 57 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10) dispose que sont susceptibles d'un recours les décisions finales (let. a); les décisions par lesquelles l'autorité admet ou décline sa compétence (let. b); les décisions incidentes, si elles peuvent causer un préjudice irréparable ou si l'admission du recours peut conduire immédiatement à une décision finale qui permet d'éviter une procédure probatoire longue et coûteuse (let. c). b. Interjeté dans les forme et délai prévus aux art. 56 et suivants LPGA, le recours du 18 septembre 2015, contre la décision incidente de l'intimée du 18 août 2015, portant sur la mise en œuvre d'une expertise, est recevable.

#### **E. 4**

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée de soumettre le recourant à une seconde expertise médicale, en la forme d'une évaluation pluridisciplinaire de ses capacités fonctionnelles auprès d'une clinique de réadaptation.

## **E. 5**

A teneur de l'art. 43 LPGA, l'assureur prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt 8C\_364/2007 du

A/3246/2015 - 11/17 - 19 novembre 2007 consid. 3.2). Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1). Cela étant, le devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir un second avis médical (« second opinion ») sur les faits déjà établis par une expertise, lorsque celle-ci ne lui convient pas. L'assuré ne dispose pas non plus d'une telle possibilité. Il ne s'agit en particulier pas de remettre en question l'opportunité d'une évaluation médicale au moyen d'un second avis médical, mais de voir dans quelles mesure et étendue une instruction sur le plan médical doit être ordonnée pour que l'état de fait déterminant du point de vue juridique puisse être considéré comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.2). La nécessité de mettre sur pied une nouvelle expertise découle ainsi du point de savoir si les rapports médicaux au dossier remplissent les exigences matérielles et formelles auxquelles sont soumises les expertises médicales. Cela dépend de manière décisive de la question de savoir si le rapport médical traite de manière complète et circonstanciée des points litigieux, se fonde sur des examens complets, prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et contient une description du contexte médical et une appréciation de la situation médicale claires, ainsi que des conclusions dûment motivées de l'expert (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.2 ; U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4). Dans le domaine des assurances sociales, la tâche de l'expert consiste avant tout à porter un jugement sur l'état de santé de l'expertisé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler (ATF 136 III 161 consid. 3.4.2). En particulier, lorsque, 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). Toutefois, l'administration doit se laisser guider par les principes de l'état de droit, tels les devoirs d'objectivité et d'impartialité et le principe de l'administration rationnelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1 et les références citées). Ainsi notamment, avant de se déterminer en faveur d'une nouvelle (deuxième) expertise médicale, l'administration doit tout d'abord examiner, si un complément d'instruction moins onéreux, pourrait satisfaire l'exigence d'une constatation des faits suffisante, avant d'avoir recours, de facto, à une nouvelle expertise

médicale (voir arrêt du Tribunal administratif fédéral C- 504/2011 consid. 2).

A/3246/2015 - 12/17 -

## **E. 6**

a. 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. L'art. 36 LPGA, concernant plus particulièrement la récusation, dispose que les personnes appelées à rendre ou à préparer des décisions sur des droits ou des obligations doivent se récuser si elles ont un intérêt personnel dans l'affaire ou si, pour d'autres raisons, elles semblent prévenues (al. 1). Si la récusation est contestée, la décision est rendue par l'autorité de surveillance. S'il s'agit de la récusation d'un membre d'un collège, la décision est rendue par le collège en l'absence de ce membre (al. 2). Selon la jurisprudence relative aux art. 29 al. 1 Cst., 30 al. 1 Cst. et 6 par. 1 de la Convention européenne des droits de l'homme, 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 motifs de refus et de récusation pour les experts sont en règle générale les mêmes que pour les juges (ATF 132 V 93 consid. 7.1). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_689/2012 du 6 juin 2013 consid. 2.2). Compte tenu de l'importance que revêt une expertise médicale dans le domaine des assurances sociales, il y a lieu de poser des exigences sévères quant à l'impartialité d'un expert (ATF 120 V 357 consid. 3b). Un expert donne l'apparence de prévention, et peut donc être récusé, s'il a déjà été impliqué, à quelque titre que ce soit (conseiller ou expert privé, témoin, membre d'une autorité), dans la procédure, pour autant qu'il ait pris position au sujet de certaines questions de manière telle qu'il ne semble plus exempt de préjugés (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_180/2013 du 31 décembre 2013 consid. 2.2). De jurisprudence constante, le fait qu'un expert, médecin indépendant, ou une institution d'expertises sont régulièrement mandatés par un organe de l'assurance sociale, le nombre d'expertises ou de rapports confiés à l'expert, ainsi que l'étendue des honoraires en résultant ne constituent effectivement pas à eux seuls des motifs suffisants pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_366/2013 du 2 décembre 2013 consid. 5.3).

A/3246/2015 - 13/17 - b. En matière de récusation, il convient toutefois de distinguer entre les motifs formels et les motifs matériels. Les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi (cf. art. 10 PA et 36 al. 1er LPGA) sont de nature formelle parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre la personne de l'expert, ne mettent en revanche pas en cause son impartialité. Le Tribunal a également jugé que les motifs dirigés contre l'expertise elle-même, par exemple parce qu'il s'agit d'une « second opinion », ou le type et

l'étendue de l'expertise, par exemple concernant le choix des disciplines, étaient de nature matérielle (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_510/2013 du 10 février 2014 consid. 2.1). On rappellera que, dans l'ATF 137 V 210, le Tribunal fédéral a retenu qu'à défaut d'entente sur les spécialistes à retenir ou les modalités de l'expertise, l'autorité doit alors rendre une décision incidente sujette à recours auprès de la première instance judiciaire et que cette nouvelle voie de droit permet à l'assuré de soulever, avant même que l'administration se prononce sur le fond, des contestations d'ordre matériel telles que par exemple le grief que l'expertise prévue n'est pas nécessaire, dès lors que – vu l'état des faits suffisamment éclaircis – elle revient à une simple « second opinion » qui, de jurisprudence constante, ne saurait être admise. En outre, comme auparavant, l'intéressé peut mettre en avant des motifs formels de récusation liés à la personne de l'expert (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.5 ss et les références citées).

### **E. 7**

Dans un arrêt de principe du 28 juin 2011, portant notamment sur les droits de participation des assurés lors de la désignation d'un expert par l'assurance- invalidité, le Tribunal fédéral a admis que, selon une interprétation conforme à la Constitution (Cst – RS 101) et à la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH – RS 0.101) de la notion de préjudice irréparable en tant que condition de recevabilité d'un recours, cette condition était réalisée s'agissant d'une décision incidente portant sur une expertise (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7). Le Tribunal fédéral a en effet retenu qu'il était nécessaire de renforcer les droits de participation des assurés lors de la mise sur pied d'expertises par les organes des assurances sociales et que cette nouvelle voie de droit devait permettre à l'assuré de soulever, avant même qu'un tel organe se prononce sur le fond, des contestations d'ordre matériel, outre des motifs de récusation formels (ATF 137 V 2010 consid. 3.4.2.5 ss et les références citées). Dans un arrêt subséquent du 13 août 2012, le Tribunal fédéral a en particulier précisé que, dans le domaine de l'assurance-accidents également (changement de la jurisprudence développée dans l'arrêt 132 V 93), il faut ordonner une expertise en cas de désaccord par le biais d'une décision incidente sujette à recours auprès du tribunal cantonal des assurances (respectivement du Tribunal administratif fédéral), et la personne assurée bénéficie des droits de participation antérieurs en ce sens qu'elle peut s'exprimer sur les questions posées à l'expert. Les modalités à respecter

A/3246/2015 - 14/17 - se déterminent selon l'arrêt 137 V 2010 consid. 3.4.2.9 p. 258 appliqué par analogie (ATF 138 V 318 consid. 6.1).

### **E. 8**

En l'espèce, dans le cadre de son instruction, l'intimée a mis en œuvre une première expertise médicale auprès du Dr F\_\_\_\_\_, à laquelle le recourant s'est soumis. L'expert a ainsi rendu un rapport daté du 18 mars 2013, ainsi que deux compléments, les 6 juin 2013 et 5 juin 2014. Dans la décision litigieuse, l'intimée ordonne la réalisation d'une seconde expertise médicale, en la forme d'une évaluation pluridisciplinaire des capacités fonctionnelles du recourant auprès d'une clinique de réadaptation, ce qu'elle estime être la mesure la plus adéquate pour évaluer sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Le recourant conteste, d'une part, la nécessité de diligenter une seconde expertise portant sur des questions identiques à la première, jugeant l'expertise réalisée par le Dr F\_\_\_\_\_ probante. D'autre part, il émet des doutes quant à l'impartialité de l'expert et de la

clinique choisis. Ce faisant, le recourant se prévaut de motifs tant formels que matériels pour s'opposer à l'expertise ordonnée par l'intimée.

#### **E. 9**

D'un point de vue matériel, il convient d'examiner si, comme le soutient le recourant, l'expertise menée par le Dr F\_\_\_\_\_ est suffisante, de sorte qu'un second examen ne serait pas nécessaire et se révélerait être uniquement une "second opinion". L'intimée le conteste et argue que la mesure d'instruction litigieuse se justifie essentiellement par le fait que l'évaluation de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée n'est pas claire. Elle relève en particulier que les mesures de réadaptation mises en œuvre par l'OAI ont échoué, alors que le Dr F\_\_\_\_\_ lui-même avait jugé le recourant apte à les suivre. Sans préjuger de la valeur probante de l'ensemble de l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_ - que l'intimée n'a du reste pas expressément niée -, la Cour de céans observe que, dans son rapport du 18 mars 2013, l'expert fait état de limitations fonctionnelles, en raison des douleurs occasionnées par les mouvements de l'épaule lésée, lors d'amplitudes extrêmes, de répétitions et d'usage de la force. De ce fait, dans son complément du 6 juin 2013, il retient une incapacité de travail totale dans les activités sollicitant l'usage de cette épaule, soit, en particulier, dans les domaines du transport de personnes ou de chauffeur livreur, selon son second complément du 5 juin 2014. Or, il ressort du dossier produit par l'OAI que le recourant a obtenu un permis de chauffeur de taxi le 15 novembre 2012 et a été mis au bénéfice d'un placement à l'essai en cette qualité auprès d'une société de taxi par ledit office, du 1er février au 30 juillet 2014. Il a débuté cette activité à plein temps, avant de devoir abaisser son

A/3246/2015 - 15/17 - taux d'activité à 50% en juin 2014, voire à 40% selon ses déclarations au Dr D\_\_\_\_\_. Ces éléments de fait entrent manifestement en contradiction avec l'appréciation de la capacité résiduelle de travail à laquelle s'était livré le Dr F\_\_\_\_\_, puisque, contrairement à ce que ce dernier indiquait, l'assuré est capable d'exercer la profession de chauffeur à mi-temps et l'a même exercée à plein temps durant quelques mois. Cela vient appuyer la thèse défendue par l'intimée que la question de la capacité de travail résiduelle du recourant n'a pas été suffisamment élucidée et qu'il existe bel et bien un doute sur ses capacités fonctionnelles réelles, qu'une observation plus approfondie qu'en cabinet permettra d'éclaircir. Comme l'explique l'intimée, une évaluation à la CRR se fait sur plusieurs jours et en ateliers professionnels, ce qui permet d'observer l'assuré en situation réelle et de mesurer concrètement la nature et l'ampleur des atteintes fonctionnelles consécutives aux séquelles accidentelles. De plus, l'équipe chargée de l'évaluation est composée d'un médecin, d'un physiothérapeute, d'un ergothérapeute et d'un maître socio-professionnel. En ce sens, une évaluation pluridisciplinaire des capacités fonctionnelles du recourant auprès d'une clinique de réadaptation apparaît bien plutôt comme un examen plus poussé des capacités fonctionnelles du recourant, en situation, qu'une véritable « second opinion ». D'ailleurs, l'intimée a proposé de limiter la mission d'expertise aux cinq premières questions du questionnaire établi le 14 juillet 2015, c'est-à-dire celles portant principalement sur la capacité de travail dans l'activité de chauffeur ou toute autre recommandée, ce dont il convient de lui donner acte. Peu importe que l'intimée ait envisagé, dans un premier temps, de mandater un autre expert en cabinet ou non, dès lors qu'en définitive, il apparaît que la mesure préconisée apparaît bel et bien justifiée.

#### **E. 10**

Reste à examiner, sur le plan formel, s'il existe des motifs de récusation justifiés. Le recourant se prévaut uniquement de l'existence de liens financiers entre l'intimée, le Dr I\_\_\_\_\_ et la CRR. On rappellera que, de jurisprudence constante, le fait qu'un expert, un médecin indépendant, ou une institution d'expertises soient régulièrement mandatés par un organe de l'assurance sociale, le nombre d'expertises ou de rapports confiés à l'expert, ainsi que l'étendue des honoraires en résultant ne constituent pas à eux seuls des motifs suffisants pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_366/2013 du 2 décembre 2013 consid. 5.3). Par conséquent, force est de constater qu'il n'existe aucun indice objectif suffisant de prévention vis-à-vis du Dr I\_\_\_\_\_ et de la CRR et que le grief de déni de justice formel et de violation du droit d'être entendu invoqué par le recourant, en raison du défaut de transmission par l'intimée du montant des honoraires versés à cet expert et cette clinique, tombe à faux.

A/3246/2015 - 16/17 - Par ailleurs, le recourant n'émet aucune critique sur la personne même du Dr I\_\_\_\_\_ ou ses compétences professionnelles. Par conséquent, aucun motif ne s'oppose à ce que l'expertise nécessitée soit confiée à la CRR, sous la responsabilité des Drs I\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_. A cet égard, la chambre de céans rejoint l'intimée sur le fait que, dans son courrier du 19 février 2016, le Dr I\_\_\_\_\_ ne refuse pas catégoriquement le mandat d'expertise. Cela étant, si tel devait être le cas, rien ne s'opposerait alors à la désignation de la clinique de réadaptation de Bellikon, contre laquelle le recourant n'invoque pas de motif de récusation valable, se bornant à solliciter que le complément requis soit confié au Dr F\_\_\_\_\_. En un tel cas, il appartiendra toutefois à l'intimée d'informer le recourant des médecins et experts qui interviendraient concrètement et de lui donner la possibilité de s'exprimer sur ce point.

## **E. 11**

Compte tenu de ce qui précède, la mise en œuvre de l'évaluation pluridisciplinaire sollicitée par l'intimée apparaît opportune et peut être confiée à la clinique romande de réadaptation à Sion (CRR), sous la responsabilité du Dr I\_\_\_\_\_, ou à la clinique de réadaptation de Bellikon, sous la responsabilité du Dr K\_\_\_\_\_ et d'autres experts qui auront, préalablement été annoncés au recourant. L'intimée s'est d'ores et déjà engagée à prendre en charge tous les frais liés à cette mesure d'instruction, conformément à l'art. 45 LPGA. Il convient de lui en donner acte. Pour le reste, on remarquera que le recourant ne s'est pas opposé à la collaboration de l'OAI à cette mesure. Mal fondé, le recours est rejeté. Le recourant n'obtenant pas gain de cause, il ne peut prétendre une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario). Les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont en principe pas le droit à une indemnité de dépens (ATF 126 V 149 consid. 4). Pour le reste, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA ; art. 89H al. 1 LPA).

A/3246/2015 - 17/17 - 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.