

GE_GERICHTE A/1022/2024 vom 18. September 2024

GE Cour de justice, 2024-09-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1022_2024

FR: GE_GERICHTE A/1022/2024 du 18 septembre 2024

IT: GE_GERICHTE A/1022/2024 del 18 settembre 2024

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), 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-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

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). Selon la jurisprudence, un recours peut être interjeté contre une décision incidente portant sur une expertise (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7 ; Ulrich KIESER, ATSG-Kommentar, 3ème éd. 2015, n. 29 ad art. 44 LPGA ; 139 V 349 consid. 3 à 5). Partant, le recours, interjeté dans les forme et délai prévus aux art. 56 ss LPGA, est recevable.

E. 3

Le litige porte sur le bien-fondé des questions 1 à 9 que l'intimée entend poser aux experts du E_____.

E. 3.1

L'art. 43 LPGA dispose que l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assureur détermine la nature et l'étendue de l'instruction nécessaire (al. 1bis). 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). En vertu de l'art. 44 al. 1 LPGA, si l'assureur juge une expertise nécessaire dans le cadre de mesures d'instruction médicale, il en fixe le type selon les exigences requises; trois types sont possibles : a. expertise monodisciplinaire b. expertise bidisciplinaire ; c. expertise pluridisciplinaire. Si l'assureur doit recourir aux services d'un ou de plusieurs experts indépendants pour élucider les faits dans le cadre d'une expertise, il communique leur nom aux parties. Les parties peuvent récuser les experts pour les motifs indiqués à l'art. 36 al. 1 et présenter des contre-propositions dans un délai de dix jours (al. 2) Lorsqu'il communique le nom des experts, l'assureur soumet aussi aux parties les questions qu'il entend poser aux experts et leur signale qu'elles ont la possibilité de remettre par écrit des questions

supplémentaires dans le même délai. L'assureur décide en dernier ressort des questions qui sont posées aux experts (al. 3). Selon l'art. 7j de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA - RS 830.11), si une partie récusé un expert en vertu de l'art. 44 al. 2 LPGA, l'assureur doit examiner les motifs de récusation. En l'absence de motif de récusation, les parties tentent de trouver un consensus (al. 1). La recherche de consensus peut être effectuée par oral ou par écrit et doit être consignée dans les dossiers (al. 2). Selon la jurisprudence, l'art. 43 LPGA n'a pas pour but d'examiner la faisabilité d'une mesure médicale en obtenant un second avis, mais de déterminer l'ampleur des investigations nécessaires afin d'établir l'état de fait déterminant au degré de la vraisemblance prépondérante. Dans ce contexte, la nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise résulte de la réponse à la question de savoir si les expertises déjà versées au dossier satisfont aux exigences que doivent revêtir de tels rapports en matière de contenu et de valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 in SVR 2007 UV n° 33 p. 111). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est 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 125 V 351 consid. 3). La mise en œuvre d'une deuxième expertise qui n'est pas indispensable peut relever d'un retard injustifié (arrêt du Tribunal fédéral 8C_699/2009 du 22 avril 2010 consid. 3.3.).

E. 3.2

Lorsque qu'une décision formelle n'a pas été rendue, il y a force de chose décidée si l'assuré n'a pas, dans un délai d'examen et de réflexion convenable, manifesté son désaccord avec une certaine solution adoptée par l'administration et exprimé sa volonté de voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours (ATF 122 V 369 consid. 3). Ainsi, celui qui entend contester le refus (total ou partiel) de prestations communiqué à tort selon une procédure simplifiée, sans décision formelle, doit en principe le déclarer dans un délai d'une année. L'assureur doit alors rendre une décision formelle, contre laquelle la procédure d'opposition est ouverte. À défaut de réaction dans le délai utile, le refus entre en force comme si la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 al. 1 LPGA avait été appliquée à juste titre (arrêt du Tribunal fédéral 8C_63/08 du 12 mars 2008 consid. 2).

E. 3.3.1

La recourante conclut à suppression des questions n° 1 à 9 du questionnaire d'expertise, faisant valoir que l'intimée ne pouvait revenir sur les constatations des experts du C_____, qui n'avaient pas été contestées. Elle estime que la nouvelle l'expertise ne pouvait porter que sur l'évolution de sa capacité de travail depuis l'expertise du C_____ de 2015 et sur un éventuel taux d'IPAI supplémentaire par rapport à celui de 20% retenu en 2015, au vu de l'apparition éventuelle d'une cyphose depuis lors. Selon elle, l'intimée n'était pas libre de fixer à sa guise et en dernier ressort l'étendue de l'expertise et le choix des questions. Elle ne pouvait lui imposer un questionnaire identique à celui d'une première expertise et remettre ainsi en question les constatations médicales faites par les experts du C_____ en 2015, en particulier des diagnostics, de la causalité, de l'exigibilité et du caractère objectivable des atteintes, alors qu'elle ne les avait jamais contestées. Bien plus, elle avait elle-même signifié à la recourante à plusieurs reprises que son dossier était en mesure d'être clôturé, admettant

qu'il était instruit à satisfaction sur le plan médical.

E. 3.3.2

L'intimée estime pour sa part que toutes les questions posées dans la mission d'expertise se justifiaient, relevant que la recourante ne contestait pas qu'il y avait de nouveaux diagnostics. Les questions n° 1 à 9 n'avaient rien d'inhabituel, que ce soit pour une expertise complète ou complémentaire, l'expert ayant pour mission de répondre de manière exhaustive et en connaissance de l'anamnèse et du diagnostic. Contrairement à ce que retenait la recourante, en 2015, les experts n'étaient pas en mesure de se déterminer sur les questions centrales de la causalité notamment. La situation était alors encore instable et il n'y avait pas lieu de répondre aux questions du statu quo mais de renvoyer à une expertise ultérieure. Il s'agissait ici d'une décision incidente et pas d'une décision de prestations.

E. 3.4

En l'espèce, il résulte de l'art. 44 al. 3 LPGA que l'intimée pouvait décider en dernier ressort des questions à soumettre aux experts et que si la recourante pouvait suggérer des questions complémentaires, elle ne pouvait pas exiger la suppression des questions 1 à 9 de la mission d'expertise. Il n'y a pas place pour un consensus en la matière, contrairement à ce qui est prévu pour le choix des experts, à teneur de l'art. 7j al. 1 OPGA. Il faut encore relever que les experts sont indépendants selon l'art. 44 al. 2 LPGA et que pour que leur rapport puisse se voir reconnaître une force probante, ils doivent, selon la jurisprudence, procéder à une étude fouillée des points litigieux, prendre en considération les plaintes exprimées, se fonder sur une pleine connaissance du dossier (anamnèse) ainsi que sur des examens complets et que la description des interférences médicales soit claire. Cela implique qu'ils procèdent à leur propre analyse du dossier et qu'ils ne sauraient être liés par les conclusions des autres experts ayant eu à connaître du cas. Si leurs conclusions diffèrent de ceux-ci, ils doivent motiver leur position. Il est ainsi d'usage de poser dans les expertises toutes les questions qui peuvent l'être dans le domaine considéré, en particulier sur la causalité concernant un cas d'accident. Au stade de l'expertise, il n'est pas question de limiter l'examen des experts, pour autant qu'il n'apparaisse pas que l'expertise ait pour but de recueillir un second avis médical sur les faits déjà établis par une expertise. En l'occurrence, ce n'est pas le cas, la recourante ne contestant pas la nécessité de l'expertise pour déterminer sa capacité de travail et sur un éventuel taux d'IPAI supplémentaire par rapport à celui de 20% retenu en 2015. Faute de décision entrée en force et vu la nécessité d'ordonner une nouvelle expertise, la recourante ne peut soutenir que les conclusions des premiers experts ne pouvaient pas faire l'objet d'un second examen, mais elle pourra faire valoir son appréciation des expertises pour déterminer laquelle est la plus probante, au cas où les conclusions des experts divergeraient. La question de savoir si une partie du cas aurait déjà fait l'objet d'une décision partielle en force sur la causalité est une question juridique que la recourante pourra, cas échéant, faire valoir contre la décision qui sera prise par l'intimée à l'issue de l'instruction complémentaire.

E. 4

Infondé, le recours sera rejeté. La procédure ne portant pas sur l'octroi ou le refus de prestations, elle est gratuite (cf. art. 69 al. 1 bis LAI a contrario). 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.