

## **GE\_GERICHTE A/3027/2012 vom 5. Dezember 2012**

GE Cour de justice, 2012-12-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3027\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3027_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/3027/2012 du 5 décembre 2012

IT: GE\_GERICHTE A/3027/2012 del 5 dicembre 2012

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 05.12.2012  
A/3027/2012

A/3027/2012 ATAS/1474/2012 du 05.12.2012 ( AI ) , REJETE Recours TF déposé le 29.01.2013, rendu le 15.02.2013, IRRECEVABLE, 9C\_75/2013 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3027/2012 ATAS/1474/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 5 décembre 2012 4 ème Chambre En la cause Monsieur C\_\_\_\_\_, domicilié c/o D\_\_\_\_\_, à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jacques EMERY recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, 1203 Genève intimé EN FAIT Monsieur C\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1960, de nationalité portugaise, travaillait en qualité de cuisinier. Le 30 septembre 2003, il a été victime d'un accident sur son lieu de travail : il a glissé dans la cuisine, ce qui a provoqué une déchirure du ligament du genou droit. L'assureur-accidents ALLIANZ avait pris en charge le cas. Sur la base d'une expertise du Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, ALLIANZ a, par décision du 27 mai 2004, mis fin aux prestations d'assurance au 23 mars 2004, motif pris que le statu quo ante avait été atteint à cette date. Le 10 juin 2004, l'assuré a fait une chute en descendant d'un bus, se blessant au genou gauche (lésion des deux ménisques). L'assuré a formé opposition en date du 1 er juillet 2004. ALLIANZ ayant confirmé sa position, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après TCAS), alors compétent. Après instruction et enquêtes, le TCAS, par arrêt du 29 novembre 2006, a admis le recours de l'assuré, considérant que l'assureur accident devait répondre des suites de l'accident au-delà du 23 mars 2004 jusqu'à une semaine après la deuxième arthroscopie du genou droit pratiquée le 1 er février 2005. Au-delà de cette date, un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail de l'assuré pour les affections au genou droit n'entraînait plus en ligne de compte. Quant aux lombalgies, elles n'avaient qu'un lien de causalité possible avec l'accident et le traitement y relatif était terminé le 5 avril 2004. Par arrêt du 23 juin 2008, le Tribunal fédéral a admis le recours de l'assuré, annulé l'arrêt du TCAS et la décision sur opposition d'ALLIANZ, et renvoyé la cause à l'assureur pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Le TF a jugé qu'il n'était pas établi que les suites de l'accident du 30 septembre 2003 ne jouaient plus de rôle dans l'état de santé de l'assuré après le 8 février 2005. Au regard de la complexité du cas, il s'imposait de procéder à un complément d'instruction sous forme d'une expertise médicale. Suite à la demande de prestations déposée par l'assuré, l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI ou l'intimé), par décision du 24 juillet 2008, l'a mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1 er septembre 2004 au 31 juillet 2005 et du 1 er janvier au 30 novembre 2006, vu notamment l'aggravation momentanée de l'état de santé de janvier à fin août 2006, en raison d'un

épisode dépressif d'intensité moyenne. Le recours de l'assuré a été partiellement admis par arrêt de la Cour de céans du 24 août 2011 ( ATAS/775/2011 ), entré en force. Se fondant sur l'abondante documentation médicale au dossier, elle a jugé que les nombreuses contradictions ne lui permettaient pas de trancher de façon sûre la question de savoir si, et le cas échéant, à compter de quelle date l'intimé était fondé à supprimer le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, de sorte qu'une expertise pluridisciplinaire était indispensable. Par communication du 25 juillet 2012, l'OAI informe l'assuré qu'il doit se soumettre à un examen médical approfondi (rhumatologie, orthopédie et psychiatrie) et que sans contestation écrite et motivée de sa part dans un délai de 10 jours, il mandatera un centre d'expertise selon le principe du hasard. Dite communication comporte une liste des questions à poser à l'expert. Après avoir sollicité un délai, l'assuré, agissant par l'intermédiaire de son mandataire, relève que l'arrêt de la Cour de céans avait relevé que les constatations médicales de deux spécialistes en anesthésiologie et thérapie neurale n'avaient pas été investiguées à satisfaction de droit et que l'OAI n'envisageait pas de le faire. Au surplus, si son psychiatre a notamment retenu un trouble somatoforme douloureux, un diagnostic de fibromyalgie n'a jamais été posé. Il a proposé que l'expertise pluridisciplinaire prévoie un examen médical approfondi par trois experts indépendants, spécialistes en orthopédie, psychiatrie et anesthésiologie et a complété la mission d'expertise par des questions à poser aux experts. Se fondant sur un avis du SMR, l'OAI, par décision du 10 septembre 2012, a considéré qu'il n'y avait pas de motifs pour récuser l'expert et a maintenu l'expertise envisagée, en la complétant toutefois par un volet neurologique. Selon le SMR, une expertise en anesthésiologie n'est pas indiquée. Pour le surplus, les questions posées restaient les mêmes, celles de l'assuré étant ajoutées. Par acte daté du 8 octobre 2012, posté le 9 octobre, l'assuré interjette recours. Il s'oppose à ce que l'expertise soit confiée à des organismes de l'assurance-invalidité et conclut à l'annulation de la décision querellée, l'intimé étant tenu de désigner deux experts indépendants et spécialistes en orthopédie et psychiatrie. Il a proposé que soit désigné le Dr M \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste à Nyon, qui a traité des cas analogues au sien. Dans sa réponse du 7 novembre 2012, l'intimé conclut au rejet du recours, rappelant que 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 et que l'attribution du mandat doit se faire de manière aléatoire. Pour le surplus, le droit d'être entendu du recourant n'a pas été violé, puisqu'il a pu faire part de ses objections au cours de la procédure d'audition, que ses remarques ont été prises en considération, une discipline supplémentaire ayant été ajoutée, de même que les questions complémentaires. Selon l'intimé, les conclusions du recourant relatives à la désignation d'un expert neutre et indépendant sont sans objet, puisqu'il n'explique pas en quoi la décision serait erronée. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, 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. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA). Le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimé entend confier l'expertise pluridisciplinaire à un centre d'expertise lié à l'OFAS par une convention, ainsi que sur le choix des disciplines à investiguer. A titre

préalable, la Cour de céans relève que la nécessité de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire pour élucider les faits conformément à son arrêt du 24 août 2011 n'est pas remise en cause par les parties. Le recourant conteste en revanche le fait que l'intimé envisage de confier ladite expertise à un centre d'expertise lié à l'OFAS par une convention et conclut à une expertise judiciaire, à confier à un expert orthopédiste totalement indépendant des assurances. 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. En l'occurrence, le recourant ne fait pas valoir de motifs de récusation à l'encontre d'un expert particulier - dès lors que l'intimé ne lui a communiqué aucun nom d'expert à ce stade de la procédure - mais à l'encontre du centre d'expertise en tant que tel qu'il considère comme dépendant des assurances. Le Tribunal fédéral a rappelé que la récolte de données médicales à l'appui de la décision auprès d'instituts d'expertise externes, comme le COMAI dans l'assurance-invalidité suisse, ainsi que l'utilisation de ces données également dans la procédure judiciaire sont en soi conformes à la Constitution et à la CEDH (ATF 9C\_243/2010 du 28 juin 2011, consid. 2.1-2.3, publié in ATF 137 V 210), ce que confirme en particulier le droit comparé (consid. 2.2.3). Cela étant, afin de pallier les risques de mise en cause des garanties de procédure découlant des perspectives de gain que tire le COMAI de son activité pour le compte de l'assurance-invalidité, le TF a incité les autorités à mettre en place des correctifs en vue d'améliorer et d'unifier les exigences de qualité et de leur contrôle. Il a également estimé nécessaire de renforcer les droits de participation des justiciables et jugé qu'en cas de désaccord, l'expertise doit être mise en œuvre par le biais d'une décision incidente sujette à recours auprès du tribunal cantonal des assurances sociales. Pour répondre aux exigences posées par le Tribunal fédéral, le Conseil fédéral a introduit le nouvel art. 72bis du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> 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). Dans ce même ordre d'idées, l'OFAS a élaboré une liste des critères que les centres d'expertises doivent remplir depuis le 1<sup>er</sup> 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](http://www.ofas.admin.ch)). a) La Cour de céans relève que l'intimé s'est conformé à la loi et a correctement appliqué la procédure en informant le recourant que l'expertise pluridisciplinaire serait confiée à un centre d'expertise selon le principe aléatoire, par le biais de la plateforme SuisseMed@P. Le fait qu'un tel centre soit lié à l'OFAS par une convention ne saurait justifier en soi une cause de récusation suffisante, le recours à de tels centres étant conforme à la Constitution et à la CEDH. Le grief de prévention soulevé par le recourant ne peut ainsi être retenu, ce d'autant que depuis le 1<sup>er</sup> mars 2012, de nouvelles dispositions ont été prises pour garantir précisément l'indépendance des instituts mandatés par l'assurance-invalidité. b) L'intimé a également respecté les droits du recourant en lui communiquant la liste des questions à poser aux experts et en lui donnant la possibilité de poser ses propres questions. Le recourant a communiqué ses questions à l'intimé, et celles-ci ont été ajoutées au mandat d'expertise. Force est ainsi de constater que le recourant a pu faire valoir ses droits de participation antérieurs, tels que préconisés par le Tribunal fédéral. c) Le recourant conteste

enfin les spécialités sur lesquelles portent l'expertise. L'intimé a sollicité dans un premier temps une expertise pluridisciplinaire rhumatologique, orthopédique et psychiatrique. Après avoir pris connaissance des remarques de l'assuré, il a complété la mission en y ajoutant un volet neurologique. Le recourant s'oppose à une expertise rhumatologique, alléguant que les séquelles de son accident ont une origine physiologique, alors que le SMR considère qu'il souffre de troubles somatoformes non invalidants. A cet égard, la Cour de céans relève que c'est précisément en raison des avis médicaux contradictoires quant aux diagnostics et de la complexité du cas qu'elle a ordonné à l'intimé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire. En effet, plusieurs médecins ont évoqué une fibromyalgie ou un trouble somatoforme (Drs N\_\_\_\_\_, O\_\_\_\_\_, P\_\_\_\_\_ notamment), alors que d'autres pas (Drs Q\_\_\_\_\_, R\_\_\_\_\_, S\_\_\_\_\_). Par conséquent, un volet rhumatologique n'apparaît pas dénué de sens. d) Le recourant propose que soit désigné le Dr M\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste à Nyon, qui a traité des cas analogues au sien. La Cour de céans n'a toutefois pas à se prononcer sur cette proposition, qui sort de l'objet du présent litige. Au vu de ce qui précède, la Cour de céans constate que l'intimé a correctement exécuté son arrêt du 24 août 2011, que le recourant a pu faire valoir ses droits de participation et que l'intimé a pris en compte ses contre-questions. Pour le surplus, l'intimé a également respecté la procédure en informant le recourant du contenu de la mission, du fait que l'expertise sera confiée à un centre d'expertise selon le principe aléatoire et, enfin, suite aux objections du recourant, en rendant une décision incidente. Mal fondé, le recours doit être rejeté. L'objet du présent litige ne concernant pas l'octroi ou le refus de prestations, il n'est pas perçu d'émolument (cf. art. 69al. 1bis LAI). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Isabelle CASTILLO La Présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.