

GE_GERICHTE A/3128/2012 vom 21. Januar 2013

GE Cour de justice, 2013-01-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3128_2012

FR: GE_GERICHTE A/3128/2012 du 21 janvier 2013

IT: GE_GERICHTE A/3128/2012 del 21 gennaio 2013

Regeste

; AI(ASSURANCE) ; ACCIDENT DE LA CIRCULATION ; ASSUREUR-ACCIDENTS ; EXPERTISE ORDONNÉE PAR L'ADMINISTRATION ; EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE ; COMAI ; RÉCUSATION ; EXERCICE D'UNE FONCTION DANS DES PROCÉDURES DIFFÉRENTES | Selon la Cour de céans : Même si, selon la nouvelle procédure de désignation confiée au SuisseMED@P, le centre d'expertise COMAI est choisi au hasard, la désignation d'un expert qui a déjà examiné la recourante dans le cadre d'une expertise médicale requise par l'assureur-accidents va à l'encontre de l'évocation des droits des assurés dans la mise en oeuvre des expertises AI. L'expert donne l'apparence de la prévention dans l'évaluation du cas médical de la recourante car il a été impliqué dans la procédure en prenant des conclusions claires dans le cadre de l'expertise requise par l'assureur-accidents, expertise dont la valeur probante a été niée par le Tribunal fédéral. Par conséquent, les motifs de récusation de l'expert sont fondés. Selon le Tribunal fédéral : Bien que l'expert désigné eût déjà pris position à propos de certaines questions dans l'expertise pluridisciplinaire du 13 décembre 2006, les premiers juges n'ont pas retenu qu'il se serait exprimé à cette époque de manière telle que ses conclusions relatives à la situation au plan médical et de l'incapacité de travail de l'intimée en 2012 seraient ou apparaîtraient d'ores et déjà déterminées. En outre, rien ne permet d'admettre, à la lumière des faits constatés par l'instance précédente, que l'expert serait enclin à projeter dans la procédure AI les opinions qu'il aurait pu acquérir par le passé. Les craintes que l'intimée exprime à cet égard ne justifient pas à elles seules la récusation de cet expert en vertu de motifs légaux (art. 10 al. 1 PA et 36 al. 1 LPG), son appréciation ne reposant en définitive que sur sa méfiance et non sur des éléments objectifs. Dès lors que l'expert mandaté par l'office recourant ne donnait pas l'apparence de prévention, la juridiction cantonale a annulé à tort la décision incidente du 14 septembre 2012, au titre d'un motif de récusation de nature formelle. | RAI 72bis; LPG 43

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Madame G _____, domiciliée à Meyrin, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître CORDONIER Marlyse recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, Genève intimé EN FAIT 1. Mme G _____ (ci-après : l'assurée), née en 1955, mère de trois enfants, mariée, est entrée en Suisse en 1976 après avoir vécu en Espagne; elle est titulaire d'un diplôme de secrétaire médicale et exerçait cette activité auprès de la Dresse X _____ depuis janvier 2001. Le 27 octobre 2001, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation; son véhicule a été embouti à l'arrière par une voiture; le cas a été pris en charge pas ALLIANZ SUISSE, assureur-accident. L'assurée a

été en incapacité de travail totale depuis le jour de l'accident.![endif]>![if> 3. L'assurée a subi un traumatisme cranio-cérébral avec possible perte de connaissance de courte durée. Elle a été transférée à l'Hôpital de la Tour où une suture du cuir chevelu en raison d'une plaie a été pratiquée. Par la suite, elle a présenté des nausées, céphalées, photophobie, vertiges, douleurs articulaires, baisse de l'audition et troubles de la concentration et mémoire (rapport du Dr L _____, FMH neurologie, du 14 janvier 2002 et rapport du Dr M _____, médecine générale FMH, du 11 avril 2002).![endif]>![if> 4. La déclaration d'accident LAA du 12 novembre 2011 de l'employeur mentionne des blessures à la tête, clavicule, nuque et dos.![endif]>![if> 5. Le 20 décembre 2001, le Dr N _____, FMH chirurgie cervico-faciale, oto-rhino-laryngologie, a attesté après audiogramme, d'une éventuelle contusion labyrinthique.![endif]>![if> 6. Le 14 janvier 2002, le Dr P.-A. L _____, a attesté d'un syndrome post-traumatique avec céphalées, troubles de la concentration, de la mémoire et vertiges.![endif]>![if> 7. Le 22 avril 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité.![endif]>![if> 8. A la demande d'ALLIANZ SUISSE, le Dr O _____, FMH médecine interne, maladie rhumatismale, a rendu une expertise le 7 mai 2003 concluant à une incapacité de travail totale de l'assurée et des diagnostics de troubles associés à l'entorse cervicale de stade II avec lésions associées (céphalées, vertiges, dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire) (TAEC stade II), probable état dépressif secondaire aux douleurs chroniques et hypothyroïdie substituée.![endif]>![if> 9. Le 12 mai 2003, le Dr M _____, a rempli un rapport médical AI faisant état de diagnostic d'entorse cervicale, possible lésion ligamentaire C1-C2, état dépressif secondaire, hypothyroïdie substituée et status après opération cholestéatome (évidemment mastoïdien à gauche).![endif]>![if> 10. Le 23 décembre 2003, Mme H _____, neuropsychologue, a effectué un bilan et a conclu à certains déficits, soit un trouble attentionnel sévère, un déficit en mémoire verbale épisodique, une fatigabilité et un ralentissement sur les tâches intellectuelles.![endif]>![if> 11. Le 7 avril 2004, les Drs P _____ et Q _____, FMH neurologie, ont rendu un rapport d'expertise à la demande de l'ALLIANZ.![endif]>![if> 12. Le 14 juin 2004, le Dr M _____ a rendu un rapport médical AI concluant à un état stationnaire et à une incapacité de travail totale de l'assurée, celle-ci étant dans l'impossibilité de garder la même position longtemps (limitation de la mobilité cervicale).![endif]>![if> 13. Par communication du 6 septembre 2004, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a décidé de réévaluer le dossier de l'assurée en janvier 2005 après lui avoir recommandé de prendre contact avec un psychiatre.![endif]>![if> 14. Par décision du 4 juillet 2005, l'ALLIANZ a réduit l'indemnité journalière dès le 1 er janvier 2005 à un taux de 20 % d'incapacité de travail.![endif]>![if> 15. Le 26 juillet 2005, l'assurée a fait opposition à la décision précitée en relevant que l'expertise des Dr P _____ et Q _____ du 7 avril 2004 n'avait pas de valeur probante.![endif]>![if> 16. Le 14 septembre 2005, l'ALLIANZ a informé l'assurée qu'elle prévoyait de mettre en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire auprès soit du Centre multidisciplinaire de la douleur (CMD) de Genolier soit de la Clinique Romande de Réadaptation (CRR) de Sion.![endif]>![if> 17. Le 15 décembre 2005, l'assurée a récusé le CMD de Genolier en exposant que le Dr R _____, FMH neurologie, avait une forte réticence à reconnaître les troubles liés à des accidents du type coup du lapin, que ses expertises étaient contraires à la jurisprudence du Tribunal fédéral (U 287/2004) et que l'indépendance des experts vu la fréquence des expertises réalisées à la requête des assureurs, n'était pas assurée.![endif]>![if> 18. Par décision incidente du 11 janvier 2006, l'ALLIANZ a mandaté le Centre d'expertise médicale

(CEMed) de Nyon pour établir une expertise pluridisciplinaire, la CRR n'acceptant pas le mandat. Elle relève qu'aucun motif de récusation n'est donné à l'encontre du CEMed au sens des art. 22 et 23 LOJ et la jurisprudence.![endif]>![if> 19. Le 13 mars 2006, le Dr M_____ a attesté d'un état stationnaire avec une mobilité cervicale réduite et algique. Il n'y avait pas de nécessité d'une prise en charge psychiatrique.![endif]>![if> 20. Le 31 mars 2006, l'ALLIANZ a fixé à l'assurée un délai pour faire valoir ses motifs de récusation à l'encontre des Drs R_____, S_____ et de Mme I_____, neuropsychologue.![endif]>![if> 21. Le 19 avril 2006, l'assurée a récusé les médecins du CEMed au motif que leur indépendance et leur impartialité n'était pas garantie; ayant déjà consulté des experts de la région, elle suggérait l'UMEG à Zürich ou MEDAS à Lucerne.![endif]>![if> 22. Par décision du 8 mai 2006, l'ALLIANZ a constaté qu'aucun motif de récusation ne pouvait être retenu à l'encontre des Drs R_____, S_____ et de Mme I_____ et les a mandaté pour une expertise pluridisciplinaire.![endif]>![if> 23. A la demande de l'ALLIANZ, l'assurée a indiqué qu'elle n'avait pas de motif de récusation à faire valoir à l'encontre de M. J_____, neuropsychiatre FSP.![endif]>![if> 24. Le 26 octobre 2006, l'assurée a requis de l'ALLIANZ qu'elle explique comment le Dr R_____ avait pu citer lors de son examen le Dr Q_____ alors même que l'expertise de celui-ci avait été écartée du dossier.![endif]>![if> 25. Le 16 novembre 2006, l'ALLIANZ a confirmé que l'expertise du Dr Q_____ avait été écartée du dossier.![endif]>![if> 26. Le 13 décembre 2006, à la demande de l'ALLIANZ, le CEMed a rendu une expertise menée par les Drs R_____, neurologue FMH, S_____, psychiatre - psychothérapeute FMH, et T_____, neuropsychologue FSP. Ils ont posés les diagnostics de status après distorsion cervicale simple de degré I à II selon la Québec Task Force le 27 octobre 2001, probable discret syndrome post-distorsion cervicale persistant surchargé d'importants facteurs psychiques expliquant l'importance actuelle des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail et névrose de caractère à traits hystériques (ICD-10 Z73.1). Sur le plan somatique (locomoteur et neurologique), il existait une discordance majeure entre le caractère objectivement mineur de l'événement accidentel et l'importance des troubles actuels ainsi que leur répercussion sur la capacité de travail. On devait donc considérer que l'atteinte à la santé présentée actuellement par l'assurée ne pouvait être mise en relation de causalité probable ou certaine avec les seules conséquences de l'événement accidentel de 2001. Sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas d'atteinte à la santé actuellement. Le tableau anxio-dépressif décrit dans les années qui ont suivi l'accident est aujourd'hui résorbé. Sur le plan somatique (locomoteur et neurologique), aucune incapacité de travail en relation avec l'événement accidentel. Sur le plan neuropsychologique, la capacité de travail était de l'ordre de 80 % en raison d'une atteinte cognitive estimée comme légère à modérée en tant que conséquence de l'événement accidentel. Il n'y avait aucune incapacité sur le plan psychiatrique. Un travail d'employée de bureau mais non plus d'assistante de médecin était exigible, dans un délai d'un an, avec un éventuel stage de trois mois dans un centre d'intégration professionnel. La composante probablement post-traumatique des troubles présentés encore actuellement par l'assurée représentait une cause de perte à l'intégrité de 5 à 10 % en tenant compte des éléments locomoteurs, neurologiques mais également neuropsychologiques.![endif]>![if> 27. Le 2 février 2007, le Dr U_____, neurologue FMH, a attesté de troubles anxieux, céphalées, cervicalgies ayant nécessité une prise en charge en 1991 et le 20 février 2007 il a pratiqué une écho-doppler.![endif]>![if> 28. Le 28 février 2007, l'assurée a transmis des observations à l'ALLIANZ suite au

rapport d'expertise du CEMed du 13 décembre 2006. Les experts n'avaient pas retenu les conclusions claires de la scannographie dynamique du rachis cervical du 1^{er} mai 2002, du CT-scan de la colonne cervicale du 15 septembre 2005, de l'écho-doppler du Dr U _____ du 1^{er} décembre 2005 (étant relevé que l'écho-doppler pratiquée par le Dr R _____ ne l'avait pas été dans les mêmes conditions que celui du Dr U _____) et de l'audiogramme du Dr N _____ du 29 novembre 2001. Les experts n'étaient pas objectifs et avaient volontairement écarté les constatations médicales objectives démontrant l'existence de lésions organiques. Enfin, ils avaient retenu une névrose de caractère à traits hystériques tout en niant une atteinte à la santé psychique. Ainsi, l'expertise ne répondait pas aux exigences posées par la jurisprudence et n'était d'aucune utilité. ![/endif]>![if> 29. Le 6 juin 2007, l'OAI, vu l'expertise du CEMed, a renoncé à mener une expertise psychiatrique.![endif]>![if> 30. Par décision du 25 septembre 2007, l'ALLIANZ a mis fin à ses prestations au 27 octobre 2003 sur la base du rapport du CEMed.![endif]>![if> 31. Le 23 octobre 2007, le Dr V _____, médecin chef de service en ophtalmologie aux Hôpitaux Universitaires du canton de Genève (HUG), a rendu un rapport AI posant le diagnostic de syndrome post-traumatique cranio-cérébral avec photophobie, phonophobie, troubles intermittents de la vue pour ce qui était de sphère neuro-ophtalmologique. Il n'y avait pas de mesures thérapeutiques indiquées.![endif]>![if> 32. Le 4 décembre 2007, le Dr W _____ du Service Médical Régional (SMR) a conclu à une incapacité de travail d'octobre 2001 à septembre 2003 et, au-delà, à une capacité de 80 % dans un métier de type bureau.![endif]>![if> 33. Une IRM en tenseur de diffusion 3D avec angiographie a été pratiquée le 6 décembre 2007 au Centre hospitalier Sainte-Anne à Paris.![endif]>![if> 34. Le 5 février 2008, le Dr W _____ du SMR a estimé que l'IRM du 6 décembre 2007 ne modifiait pas son évaluation précédente.![endif]>![if> 35. A la demande de l'ALLIANZ, les Drs A _____ et B _____, psychiatrie-psychothérapie FMH, se sont prononcé le 17 juin 2008 sur l'IRM du 6 décembre 2007 en relevant que cette technique ne donnait que des résultats hypothétiques, qu'on ne pouvait certifier qu'une image était lésionnelle et notamment en relation avec un événement traumatique de sorte que cet examen ne pouvait démontrer des lésions en relation de causalité naturelle avec un événement traumatique.![endif]>![if> 36. Le 27 août 2008, le Prof. C _____, du service d'imagerie morphologique et fonctionnelle du Centre hospitalier Sainte-Anne, a fait suite au courrier des Drs A _____ et B _____ du 17 juin 2008 en relevant que l'étude IRM cérébrale en tenseur de diffusion avait déjà un certain recul dans l'analyse des traumatismes crâniens.![endif]>![if> 37. Par décision du 5 septembre 2008, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2002 au 31 décembre 2003, compte tenu d'une incapacité de travail totale du 27 octobre 2001 au 30 septembre 2003.![endif]>![if> 38. Par décision du 16 octobre 2008, l'ALLIANZ a rejeté l'opposition de l'assurée déposée à l'encontre de la décision du 25 septembre 2007.![endif]>![if> 39. Par arrêt du 1^{er} octobre 2009 (ATAS/1198/2009), le Tribunal cantonal des assurances sociales a rejeté le recours de l'assurée interjeté à l'encontre de la décision précitée au motif que l'expertise du CEMed du 13 décembre 2006 était probante.![endif]>![if> 40. Le 2 novembre 2009, une IRM cérébrale a été pratiquée aux HUG concluant à un "examen comprenant une imagerie de tenseur de la diffusion sans anomalie macroscopique décelable. Absence de lésion hémorragique séquellaire décelable. Pour mémoire, anomalies de la substance blanche aspécifiques avec une petite lésion punctiforme de la partie latérale gauche du corps calleux ne permettant pas d'exclure une séquelle de lésion axonale diffuse étant donné les antécédents de traumatisme crânien".![endif]>![if> 41. Le 18 novembre

2009, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestation AI en relevant que son avocat n'avait pas fait opposition à la décision du 5 septembre 2008 alors qu'elle en avait l'intention.![endif]>![if> 42. Le 28 décembre 2009, le Dr M_____ a attesté de lésions cervicales, intracérébrales et psychiques causées par l'accident.![endif]>![if> 43. Le 4 janvier 2010, le Dr D_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a attesté d'une dépression moyenne à sévère.![endif]>![if> 44. Le 28 juin 2010, le Dr E_____ du SMR a estimé que seule la dépression était un fait nouveau et qu'un rapport serait demandé aux Drs M_____ et D_____.![endif]>![if> 45. Le 16 juillet 2010, le Dr M_____ a attesté d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée par l'augmentation des douleurs cervicales, en aggravation progressive depuis 2005 et un état anxio-dépressif réactionnel aux douleurs et aux conflits avec les assurances depuis 2001.![endif]>![if> 46. Le 28 juillet 2010, le Dr D_____ a rendu un rapport selon lequel l'assurée présentait un "ED moyenne à sévère avec fatigabilité, troubles de la concentration" depuis 2009 et était en traitement depuis le 6 août 2009.![endif]>![if> 47. Par arrêt du 14 janvier 2011 (8C 978/2009), le Tribunal fédéral a annulé le jugement du Tribunal cantonal des assurances sociales du 1 er octobre 2009 et renvoyé la cause à l'ALLIANZ pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a relevé que l'IRM fonctionnelle de tenseur de diffusion 3D n'était pas une méthode diagnostique probante pour statuer sur la causalité entre des symptômes et un traumatisme par accélération cervicale. Cependant, il n'était pas possible d'exclure à ce stade la présence de lésions cérébrales chez l'assurée.![endif]>![if> Le Tribunal fédéral poursuit : "la réponse des experts du CEMed sur les résultats obtenus par le professeur C_____ apparaît à cet égard insuffisante (voir leur lettre du 17 juin 2008 dans laquelle ils déclarent qu'en l'absence de lésion visible à l'IRM standard, les clichés IRM avec l'apport de tenseurs de diffusion en 3D ne sont pas significatives.). D'une part, cette objection est formulée de manière toute générale et ne répond pas à l'argument de la recourante selon laquelle le professeur C_____ aurait utilisé des séquences de l'IRM conventionnelle à l'appui de ses conclusions. D'autre part, il ressort du dossier médical de la procédure cantonale que l'assurée n'a subi aucun examen cérébral par IRM avant celui réalisé à la Clinique Sainte-Anne. On peine dès lors à comprendre ce qui a permis aux médecins du CEMed d'écarter l'hypothèse d'un déficit organique aux troubles cognitifs qu'ils ont constatés. A cela s'ajoute qu'ils n'ont pas du tout abordé l'éventualité d'un traumatisme crânien, alors que ce diagnostic a été retenu par plusieurs confrères - notamment les docteurs M_____, L_____, F_____ et U_____ - en considération du fait qu'il y a eu un impact à la tête lors de la collision. En vérité, on peut se demander si les experts du CEMed ont eu pleinement connaissance des faits à l'origine des troubles de la recourante. Dans la mission d'expertise, les circonstances de l'événement accidentel sont relatées comme suit : «Mme G_____ a été victime d'un accident de la circulation. En effet, l'assurée était à l'arrêt au volant de son véhicule et a été percutée par un autre véhicule.» (page 4 de l'expertise). A plusieurs reprises, lesdits experts ont souligné le caractère «objectivement mineur» de cet accident et se sont prononcés à l'aune de ce constat (page 36 de l'expertise). Apparemment, ils ne disposaient pas du rapport d'accident établi par la police (voir leur rappel des pièces du dossier). Or, d'après ce document, le conducteur fautif roulait à une vitesse d'environ 50 km/h et n'a pas eu le temps de freiner avant de percuter l'arrière de la voiture de la recourante. L'accident a consisté en une collision en chaîne entre quatre voitures. G_____ a subi un choc par l'arrière et par l'avant suffisamment fort pour que sa tête heurte le toit de sa voiture, lui occasionnant une plaie au cuir chevelu qui a exigé une suture. Ces éléments démontrent que l'impact a dû être

d'une certaine violence, ce qui exclut déjà de qualifier l'accident de peu de gravité, à l'instar de ce qu'ont fait les médecins du CEMed. Dans ces conditions, on ne peut pas retenir que leurs conclusions reposent sur une évaluation exacte et complète de la situation médicale de l'assurée. En particulier, des doutes subsistent sur la question de savoir si les troubles cognitifs observés ont une origine somatique découlant de l'accident. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'intimée pour instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire qui sera pratiquée, de préférence, en milieu universitaire. Celle-ci comprendra l'avis d'un spécialiste en imagerie médicale en collaboration avec un neuropsychologue. Les experts devront avoir connaissance du dossier médical complet de l'assurée (y compris les nouvelles pièces produites en procédure fédérale et le rapport de police du 14 novembre 2001). Après quoi l'assureur-accidents rendra une nouvelle décision sur le droit aux prestations de la recourante". 48. Le 1^{er} juillet 2011, le Service de neurologie du CHUV a rendu une expertise menée par les Drs AA _____, médecin associé et AB _____, médecin assistant, fondée sur le dossier, un examen du 12 mai 2011 et un examen neuropsychologique mené par Mmes. GG _____, neuropsychologue FSP et GH _____, psychologue assistante des 2 et 16 mai 2011. Ils ont posé les diagnostics de status cervico-céphalalgies chroniques, sensations vertigineuses non-classifiable, troubles de la mémoire et de l'attention, status après évidemment pétro-mastoïdien gauche pour otite chronique avec cholestéatome en 1999 et névrose de caractère à traits hystériques (ICD-10 Z73.1) selon évaluation psychiatrique (2006).!endif]>!if> Les experts relèvent "compte tenu d'une nette divergence entre les signes objectives à l'examen clinique et les plaintes de la patiente, il nous paraît probable qu'il existe une composante psychique interférant et contribuant à ces troubles ce qui devra être évalué par la psychiatrie. Concernant notre examen, comme il s'agit d'une observation ponctuelle nous ne sommes pas en mesure de dire s'il s'agit d'une exagération consciente ou inconsciente de ces troubles" (...) "Il nous semble peu probable que la symptomatologie actuelle puisse être entièrement attribuée à un substrat organique. Il nous paraît difficilement expliquer le degré d'importance actuelle de ses troubles et les répercussions sur la vie quotidienne et la capacité de travail, seulement par les conséquences de l'événement accidentel". Il paraissait probable que d'autres facteurs, notamment psychiques contribuaient au tableau clinique actuel; "sur le plan neurologique, incapacité de travail actuelle est de l'ordre de 10-20 %. Nous considérons que sa prise en charge thérapeutique par rapport à ses troubles n'est pas encore terminée alors qu'il nous semble trop précoce d'estimer la capacité de travail de la patiente à long terme en tant que secrétaire médicale. Nous considérons que l'état définitif n'est pas encore atteint étant donné que toutes les mesures thérapeutiques n'ont pas encore été essayées; de ce fait, il est trop précoce de se prononcer sur une atteinte permanente à l'intégrité physique ou mentale de la personne assurée. Sur le plan neurologique, la patiente présente actuellement un syndrome douloureux cervical chronique, associé à des troubles vertigineux, affectifs et cognitifs. Théoriquement en l'absence des lésions structurelles organiques, le pronostic pourrait être considéré quand même comme bon sous réserve d'une optimisation du traitement antalgique, actuellement jugé comme inefficace". 49. Le 18 octobre 2011, le SMR a rendu un avis selon lequel l'expertise du 1^{er} juillet 2011 démontrait que les éléments psychiatriques étaient au premier plan de sorte qu'une expertise psychiatrique était indiquée.!endif]>!if> L'examen neuropsychologique conclut ainsi : "cet examen neuropsychologique, réalisé auprès d'une patiente frappant par un comportement démonstratif, des réactions d'impotence, une labilité émotionnelle et une irritabilité marquée

sur confrontation, met en évidence des performances globalement superposables à celles obtenues aux examens neuropsychologiques de 2003 et 2006, marqués par de très faibles performances touchant notamment les domaines mnésique, exécutif et attentionnel, un ralentissement sévère aux tâches sous contrainte temporelle, une perte des procédures de calcul écrit et une perturbation du jugement associatif. Par ailleurs, nous retenons des écarts entre les performances obtenues et la préservation de l'autonomie, entre des scores mnésiques très faibles aux tests et des souvenirs récents et anciens aisément et précisément rapportés, une mémoire de travail extrêmement limitée (ex : ne peut répéter plus de 2 chiffres en sens inverse) associée à une incapacité à entrer dans une tâche d'attention divisée en raison de la rapidité d'apparition des cibles sans que ces éléments n'aient d'impact sur des activités nécessitant des ressources dans ce domaine (par exemple la conduite automobile). Dans ce contexte, il nous paraît souhaitable de considérer une problématique psychique". 50. Le 20 octobre 2011, le Dr M_____ a observé que le Prof. AD_____ ne s'était pas prononcé sur les images IRM standard du Prof. C_____ ni sur l'IRM des HUG de 2009. Le diagnostic était celui d'entorse cervicale et traumatisme crânio-cérébral avec séquelles ligamentaires (C1,C2), vasculaires (artère vertébrale droite), troubles auditifs et visuels, troubles mnésiques et exécutifs.![endif]>![if> 51. Le 28 novembre 2011, le SMR a proposé que les HUG Belle-Idée soient mandatés.![endif]>![if> 52. Par communication du 5 décembre 2011, l'OAI a informé l'assurée qu'une expertise psychiatrique auprès de Belle-Idée était ordonnée.![endif]>![if> 53. Le 7 décembre 2011, l'assurée a écrit à l'ALLIANZ que l'expertise du CHUV n'était pas complète, les experts ne s'étant pas prononcé tant sur l'IRM conventionnelle de décembre 2007 réalisée à Paris que sur celle du 2 novembre 2009.![endif]>![if> 54. Le 4 janvier 2012, l'assurée a demandé à l'OAI de renoncer à une expertise psychiatrique dès lors que l'aspect psychiatrique n'était pas pertinent.![endif]>![if> 55. Le 9 janvier 2012, l'OAI a maintenu le mandat au motif que l'expertise du CHUV avait conclu à la nécessité d'une réévaluation psychiatrique.![endif]>![if> 56. Le 20 janvier 2012, l'assurée a requis une expertise multidisciplinaire plutôt que psychiatrique dès lors qu'elle souffrait de lésions cérébrales consécutives à son accident.![endif]>![if> 57. Par communications des 8 et 9 février 2012, l'OAI a informé l'assurée que serait ordonnée une expertise auprès du Prof. AE_____ et une autre auprès du Dr AF_____, FMH rhumatologie, lequel a refusé le mandat le 13 février 2012.![endif]>![if> 58. Le 23 février 2012, l'assurée a écrit à l'OAI que l'expertise du CHUV ne respectait pas le mandat du Tribunal fédéral. Il convenait d'attendre que l'ALLIANZ réponde à la décision du Tribunal fédéral et reconnaisse son traumatisme. ![endif]>![if> 59. Le 27 février 2012, l'assurée a observé qu'elle n'avait pas de motif de récusation à l'encontre des Drs AE_____ et AF_____ mais contestait la nécessité d'une expertise psychiatrique.![endif]>![if> 60. Par communication du 6 mars 2012, l'OAI a ordonné une expertise auprès du Prof. AG_____, lequel s'est refusé le 9 mars 2012 en suggérant un COMAI ou un centre d'expertise.![endif]>![if> 61. Le 22 mars 2012, l'assurée a requis de l'ALLIANZ que le dossier radiologique soit soumis au Prof. AD_____ pour répondre à la demande du Tribunal fédéral. ![endif]>![if> 62. Par communication du 30 mars 2012, l'OAI a ordonné une expertise auprès du BREM.![endif]>![if> 63. Le 2 avril 2012, l'OAI a annulé l'expertise psychiatrique au motif que, selon l'assurée, il n'existait aucune incapacité de travail au niveau psychiatrique. ![endif]>![if> 64. Le 12 avril 2012, l'assurée a demandé quelle discipline médicale était concernée par l'expertise du BREM.![endif]>![if> 65. Le 16 avril 2012, l'OAI a précisé qu'il s'agissait d'une expertise rhumatologique.![endif]>![if> 66. Le 19 avril 2012,

l'assurée a relevé qu'une expertise rhumatologique était inutile en présence d'une lésion cérébrale.![endif]>![if> 67. Le 25 avril 2012, la Dresse AH_____ du SMR a estimé qu'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, orthopédique, neurologique, psychiatrique) était nécessaire; selon la nouvelle circulaire CPAI du 8 mars 2012 elle serait confiée au SuisseMED@P qui désignerait un COMAI.![endif]>![if> 68. Par communication du 26 avril 2012, l'OAI a ordonné une expertise pluridisciplinaire, le centre d'expertise étant désigné au hasard.![endif]>![if> 69. Le 4 juillet 2012, le médecin-conseil de l'ALLIANZ a estimé que l'expertise du CHUV du 1 er juillet 2011 était claire.![endif]>![if> 70. Par courriel du 23 août 2012, SuisseMED@p-team a confirmé le centre d'expertise PMU soit les Drs AI_____, médecin interne général, R_____, neurologue et Mme GG_____, neuropsychologue.![endif]>![if> 71. Par communication du 2 septembre 2012, l'OAI a envoyé à la recourante des convocations auprès des Drs AI_____, R_____, AJ_____ et de Mme GG_____ les 18 septembre, 4, 9 et 10 octobre 2012.![endif]>![if> 72. Le 10 septembre 2012, l'assurée a récusé les Drs R_____ et Mme GG_____ dès lors qu'ils étaient intervenus antérieurement.![endif]>![if> 73. Par décision incidente du 14 septembre 2012, l'OAI a confié le mandat d'expertise aux Drs AI_____, R_____, AJ_____ et Mme GG_____ au motif qu'il n'existait pas de circonstances faisant apparaître le Dr R_____ et Mme GG_____ comme objectivement partiaux ou prévenus.![endif]>![if> 74. Le 17 octobre 2012, l'assurée a recouru à l'encontre de la décision de l'OAI du 14 septembre 2012 auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice en concluant, principalement, à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI par désignation d'un autre expert neurologue et neuropsychologue, avec un expert en imagerie médicale et, subsidiairement, à la transmission par l'OAI aux experts du dossier médical complet, de l'arrêt du Tribunal fédéral du 14 janvier 2011 et du rapport de police à la suite de l'accident. Le Dr R_____ donnait l'apparence de la prévention; son expertise, selon le Tribunal fédéral, reposait sur une évaluation inexacte et incomplète de la situation. Il en était de même de Mme GG_____, laquelle avait relevé des discrédances entre les performances obtenues et la préservation de l'autonomie avec le comportement démonstratif, des réactions d'impotence pour lesquelles une problématique psychique ne paraissait probable.![endif]>![if> 75. Le 12 novembre 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours.![endif]>![if> 76. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.![endif]>![if> EN DROIT

1. 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté en temps utile contre une décision incidente de refus de récusation d'experts, le recours est recevable (art. 60 LPGA; ATF 137 V 210 ; ATF 138 V 271).![endif]>![if> 3. L'objet du litige consiste à déterminer si des motifs de récusation sont fondés à l'égard du Dr R_____ et de Mme GG_____ désignés par l'intimé pour expertiser la recourante.![endif]>![if> 4. Selon l'art. 72bis du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201), 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). L'attribution du mandat d'expertise doit se faire de manière aléatoire (al. 2). ![endif]>![if> En cas d'expertise

pluridisciplinaire (trois matières), l'OAI mandate SuisseMED@P (circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité CPAI - chiffre 2080). La procédure d'attribution du mandat pour les expertises pluridisciplinaires via SuisseMED@P se fait selon le manuel de l'annexe V. SuisseMED@P est une plate-forme basée sur le web. Elle attribue des mandats d'expertise médicale pluridisciplinaire de manière aléatoire. A partir du 1^{er} mars 2012, les offices AI sont tenus d'attribuer tous les mandats d'expertise médicale pluridisciplinaire par l'intermédiaire de SuisseMED@P (art. 72bis RAI). A compter de cette même date, les centres d'expertises n'ont plus le droit d'accepter de mandats des offices AI que par l'intermédiaire de SuisseMED@P. L'indemnité pour l'accomplissement du mandat est régie par le contrat tarifaire conclu entre l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) et les centres d'expertises (Manuel de l'annexe V I). 5. a) Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (al. 1, première phrase). 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). 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 (art. 44 LPGA). Aux termes de l'art. 36 LPGA, 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 (al. 2, première phrase). En matière de récusation, il convient 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. 1 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. De tels motifs doivent en principe être examinés avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves. Il en va ainsi, par exemple, d'une prétendue incompétence de l'expert à raison de la matière laquelle ne saurait constituer comme telle un motif de défiance quant à l'impartialité de ce dernier. Bien au contraire, ce grief devra être examiné dans le cadre de l'appréciation des preuves (ATF 132 V 93 consid. 6.5 p. 108 s.) (ATF du 28 janvier 2009 9C 293/2008).> 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 (ATF 132 V 93 consid. 7.1 p. 109 et l'arrêt cité). Selon la jurisprudence rendue en matière de récusation d'un juge, applicable par analogie à la récusation d'experts judiciaires (ATF 134 V 93 consid. 7.1 p. 109), il est contraire à la bonne foi d'attendre l'issue d'une procédure pour tirer ensuite argument, à l'occasion d'un recours, du motif de récusation, alors que celui-ci était déjà connu auparavant (ATF 132 II 485 consid. 4.3 p. 496; consid. 1b non publié de l'ATF 126 V 303, mais dans SVR 2001 BVG 7 p. 28 et les arrêts cités; JACQUES OLIVIER PIGUET, Le choix de l'expert et sa récusation: le cas particulier des assurances sociales, HAVE 2011, p. 135; ATF du 5 avril 2012 9C 519/2011). Les parties à

une procédure ont le droit d'exiger la récusation d'un expert judiciaire 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. Seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération; les impressions individuelles d'une des parties au procès ne sont pas décisives (cf. ATF 134 I 20 consid. 4.2 p. 21 et les arrêts cités; ATF du 1^{er} juin 2011 8C 1058/2011). b) Selon J.-O. PIGUET, l'expert doit procéder à un examen objectif de la situation et rapporter les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée. L'opinion émise par l'expert doit être factuelle et fondée sur des principes scientifiques généralement acceptés et conformes aux données actuelles de la science. S'il existe des divergences au sein de la communauté scientifique, il doit les signaler et préciser quelle est sa position sur la question. (...) Les garanties offertes par la CEDH et la Constitution fédérale permettent aux parties d'exiger la récusation de l'expert, si la situation ou son comportement sont de nature à faire naître un doute sur son impartialité. Tout lien entre l'expert et la procédure ou une personne intéressée à l'issue de la procédure peut, selon sa nature et son intensité, fonder un soupçon de partialité, sans qu'il soit nécessaire de démontrer que l'expert est effectivement prévenu. Pour entraîner la récusation, le rapport que l'expert entretient (ou a entretenu) avec une personne intéressée à l'issue de la procédure doit toutefois être suffisamment étroit pour que sa liberté de jugement soit objectivement comprise. Différents cas de figure peuvent se présenter. (...) Un expert donne l'apparence de la 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 question de manière telle qu'il ne semble plus exempt de préjugés. On peut craindre en effet que l'expert projette dans la procédure en cours les opinions qu'il a déjà acquises, voire déjà émises, à propos de l'affaire, qu'il résolve les questions à trancher selon ces opinions et, surtout, qu'il ne discerne pas des questions que se poserait un expert non prévenu. Le fait que l'expert est un tenant déclaré d'une école de pensée ou d'un courant scientifique particulier ne suffit toutefois pas à fonder un soupçon de prévention, sauf s'il apparaît dès le départ que l'expert va soutenir le point de vue d'une partie plutôt que celui de l'autre. Le fait que l'expert a déjà eu à se prononcer au cours d'une procédure dans laquelle une des parties était impliquée n'exclut pas sa nomination en qualité d'expert. La jurisprudence exige cependant que l'issue de la cause ne soit pas prédéterminée, mais qu'elle demeure au contraire indéterminée quant à la constatation des faits et à la résolution des questions juridiques. Dans le domaine médical, la jurisprudence estime que le fait qu'une expertise est réalisée par un ancien médecin traitant ne justifie pas d'exclure d'emblée une telle expertise, en l'absence d'autre circonstance objective jetant le doute sur son impartialité (J.-O. PIGUET, Le choix de l'expert et sa récusation : le cas particulier des assurances sociales in REAS 2011 p. 127). 6. a) En l'espèce, la désignation des experts a été menée par SuisseMED@P, conformément à l'art. 72bis RAI, le SMR ayant requis une expertise pluridisciplinaire de quatre disciplines. La recourante a récusé le Dr R_____ et Mme GG_____, neuropsychologue, au motif qu'ils étaient déjà intervenus dans son cas par la réalisation d'une expertise pour le premier en 2006 et pour la seconde en 2011. Le Dr R_____ avait pris des conclusions extrêmement claires de sorte qu'un risque existait qu'il projette dans la procédure en cours des opinions et conclusions déjà acquises et contestées par le Tribunal fédéral, lequel avait indiqué qu'elles ne reposaient pas sur une évaluation exacte et complète de la situation. Quant à Mme GG_____, elle avait également pris des conclusions claires en estimant qu'il fallait

considérer une problématique psychique. L'intimé a considéré qu'il n'existait pas de circonstances faisant apparaître le Dr R_____ et Mme GG_____ comme prévenus. b) S'agissant des motifs de récusation portés à l'encontre du Dr R_____, la Cour de céans est d'avis qu'ils sont fondés. En effet, il convient d'admettre que le Dr R_____ a été impliqué dans la procédure en prenant des conclusions claires dans le cadre de l'expertise rendue le 13 décembre 2006. Son expertise a été critiquée par le Tribunal fédéral, lequel a estimé qu'elle ne revêtait pas de caractère probant. L'hypothèse d'un déficit organique aux troubles cognitifs avait été écartée sans motivation; l'évaluation d'un traumatisme crânien également alors même que ce diagnostic avait été retenu par d'autres médecins; les circonstances de l'accident étaient relatées de façon erronée et celui-ci qualifié de mineur alors même qu'il s'agissait d'une collision en chaîne entre quatre voitures et que la recourante avait heurté avec la tête le toit de sa voiture démontrant que l'impact avait été violent et que l'accident n'était pas de peu de gravité; les conclusions de l'expertise ne reposaient pas sur une évaluation exacte et complète de la situation médicale; enfin la réponse des experts aux résultats du Prof. C_____ était insuffisante. Fort de ce constat, le Tribunal fédéral a considéré qu'une nouvelle expertise pluridisciplinaire devait être ordonnée, auprès d'autres experts puisqu'il a mentionné de préférence "en milieu universitaire". Dans ces conditions, il y a lieu d'admettre que le Dr R_____ donne l'apparence de la prévention dans l'évaluation du cas médical de la recourante. On peine dès lors à comprendre pour quel motif l'intimé maintient le choix de ce médecin, alors qu'il a été désigné par la procédure hasardeuse de SuisseMED@P laquelle est censée améliorer la position des assurés dans la procédure de désignation des experts (ATF 137 V 210) et non pas la péjorer (cf. B. KAHLIL-WOLFF "l'expertise dans la procédure relative aux prestations de l'assurance-invalidité - note au sujet de l'ATF 137 V 210 " in Jdt 2011 I p. 215) et que si l'intimé avait dû lui-même désigner l'expert neurologue, il aurait vraisemblablement écarté le Dr R_____ au vu de son intervention antérieure. Au surplus, la doctrine a relevé qu'un mode amiable de désignation de l'expert ou encore la procédure de l'expertise conjointe, même si non pratiqués dans l'assurance-invalidité, sont des solutions intéressantes pour la désignation d'experts (J.-O. PIGUET op. cit). On comprend aisément que l'adhésion des parties au choix de l'expert crée un contexte favorable au bon déroulement de l'expertise. A cet égard, P. BECK relève dans le même sens que s'agissant des mesures à mettre en place en vue de favoriser l'équité de la procédure d'expertise, "il s'agit tout d'abord, pour l'Office AI, de tendre davantage vers une mise en œuvre consensuelle de l'expertise d'entente avec la personne assurée. Il coule de source qu'il en résultera un surcroît de tâches administratives pour l'Office AI. Mais cet inconvénient peut être compensé par la disparition des complications administratives que l'expertise consensuelle rend désormais inutiles. En outre les conclusions d'une expertise consensuelle qui repose sur un accord bilatéral seront plus sûres et les décisions qu'elles fonderont bénéficieront d'une meilleure acceptabilité de la part de la personne assurée. Il faut souhaiter que cette voie soit pratiquée non seulement par les Offices AI mais également par les assureurs LAA et les assureurs en responsabilité civile. Nul besoin pour atteindre cet objectif de directives administratives détaillées. Il suffit d'adopter une démarche commune équitable, transparente et de faire preuve de bon sens" (P. BECK, L'équité dans l'acquisition de données médicales nécessaires à la prise de décision - conséquence de l'arrêt COMAI pour la pratique - REAS 2012 p. 195). Sans exiger de l'intimé une désignation consensuelle de l'expert, qui ne ressort ni de la LAI ni de la jurisprudence du Tribunal fédéral, il convient de constater que le maintien du Dr R_____ comme expert va, dans les conditions

évoquées ci-dessus, à l'encontre de l'évolution des droits des assurés dans la mise en œuvre des expertises AI. Au vu de ce qui précède, la requête en récusation du Dr R_____ doit être admise. c) En revanche, le reproche de prévention ne saurait être admis à l'encontre de Mme GG_____, les conclusions de celle-ci quant à l'existence d'une éventuelle problématique psychique de la recourante en raison d'un contexte faisant apparaître des discrepancies entre des performances aux tests médiocres et les capacités de la recourante dans la vie courante n'étant pas encore la preuve d'une attitude de prévention de la neuropsychologue envers l'expertisée. 7. Enfin, il n'y a pas lieu de donner suite aux conclusions de la recourante visant à la désignation par l'intimé d'un spécialiste en imagerie médicale et à la transmission aux experts du dossier médical complet dès lors que la Cour de céans est liée par l'objet du litige soit le contenu de la décision litigieuse (ATF 131 V 164) qui ne concerne que la désignation du Dr R_____ et de Mme GG_____. Cela dit, la recourante pourra requérir de l'intimé la désignation d'un spécialiste en imagerie médicale dans la cadre du renvoi de la présente cause à l'intimé. Enfin, il n'y a pas lieu de partir du principe que le dossier médical de la recourante ne sera pas intégralement transmis aux futurs experts. 8. En conséquence, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée en tant qu'elle désigne le Dr R_____ comme expert et confirmée pour le surplus. La cause sera renvoyée à l'intimé pour désignation d'un nouvel expert. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 1'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que, depuis le 1 er 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 200 fr. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant A la forme :

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