

GE_GERICHTE A/3203/2020 vom 23. Dezember 2021

GE Cour de justice, 2021-12-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3203_2020

FR: GE_GERICHTE A/3203/2020 du 23 décembre 2021

IT: GE_GERICHTE A/3203/2020 del 23 dicembre 2021

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 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-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).
Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

E. 3

Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était alors pendant devant la Cour de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82 a LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

E. 4

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

E. 5

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé de soumettre la recourante à une expertise pluridisciplinaire confiée au CEMEDEX, à Fribourg.

E. 6

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

E. 7

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).>> Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

E. 8

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.>> Lorsque'il y a désaccord quant à l'expertise telle qu'envisagée pour l'assureur, celui-ci doit rendre une décision incidente au sens de l'art. 5 al. 2 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021). Il s'agit d'une décision d'ordonnancement de la procédure contre laquelle la voie de l'opposition n'est pas ouverte (art. 52. Al.1 LPGA ; cf arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 29/03 du 25 novembre 2004), qui est directement susceptible de recours devant le tribunal cantonal des assurances (cf art. 56 al. 1 LPGA). L'assuré peut faire valoir contre une décision incidente d'expertise médicale non seulement des motifs formels de récusation contre les experts, mais également des motifs matériels, tels que par exemple, grief que l'expertise constituerait une « second opinion » superflue, contre la forme ou l'étendue de l'expertise, par exemple le choix des disciplines médicales dans une expertise pluridisciplinaire, ou contre l'expert désigné, en ce qui concerne notamment sa compétence professionnelle (ATF 137 V 210 consid. 3.4.7 p. 257 ; 138 V 271 consid. 1.1 p. 274. Le Tribunal fédéral a considéré qu'il convient d'accorder une importance plus grande que précédemment à la mise en œuvre consensuelle d'une expertise et que l'assureur doit rendre une décision incidente susceptible de recours lorsqu'elle est en désaccord avec le requérant ou ses proches sur le choix de l'expert. Il est de la responsabilité tant de l'assureur social que de l'assuré de parer aux alourdissements de la procédure qui peuvent être évités. Il faut également garder à l'esprit qu'une expertise qui repose sur un accord mutuel donne des résultats plus concluants et mieux acceptés par l'assuré (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 p. 256). S'agissant plus particulièrement de la mise en œuvre d'une expertise consensuelle, le Tribunal fédéral a précisé, dans un arrêt subséquent, qu'il est dans l'intérêt des parties

d'éviter une prolongation de la procédure en s'efforçant de parvenir à un consensus sur l'expertise, après que des objections matérielles ou formelles ont été soulevées par l'assuré. Ce n'est que si le consensus ne peut être atteint que l'assureur pourra ordonner une expertise, en rendant une décision qui pourra être attaquée par l'assuré (ATF 138 V 271 consid. 1.1).

E. 9

Pour répondre aux exigences posées par le Tribunal fédéral, le Conseil fédéral a adopté un nouvel art. 72bis du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201), en vigueur depuis le 1er mars 2012, sur les expertises médicales pluridisciplinaires. Cette disposition prévoit, en son premier alinéa, que les expertises comprenant trois disciplines médicales ou plus doivent se dérouler auprès d'un centre d'expertises médicales lié à l'office fédéral par une convention. Le second alinéa précise que l'attribution du mandat d'expertise doit se faire de manière aléatoire. A cette fin, a été mise sur pied une plateforme basée sur le web, du nom de SuisseMed@P, qui attribue les mandats d'expertises médicales pluridisciplinaires de manière aléatoire. SuisseMed@P dispose d'un service statistique permettant de mesurer la qualité et le temps nécessaire à l'accomplissement des mandats. Dans le même ordre d'idées, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a élaboré une liste des critères que les centres d'expertises doivent remplir depuis le 1er mars 2012, comprenant 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). Selon le guide à l'usage des centres d'expertises et des offices AI, l'office AI annonce à la personne assurée qu'elle juge une expertise médicale pluridisciplinaire nécessaire. Il l'informe des disciplines médicales concernées et des questions qu'il est prévu de soumettre aux experts. La personne assurée peut transmettre des questions supplémentaires à l'office AI dans les 10 jours. Lorsque l'office AI transmet le mandat, SuisseMed@P tire au sort un centre d'expertises parmi ceux remplissant les critères requis pour son accomplissement (capacités disponibles dans les disciplines médicales voulues; possibilité de réaliser l'expertise dans la langue de procédure souhaitée). On peut raisonnablement exiger de la personne assurée qu'elle se soumette à des expertises dans toute la Suisse. Le centre d'expertises tiré au sort et l'office AI à l'origine du mandat sont informés de l'attribution du mandat par courriel. Dans un arrêt du 28 février 2013 (ATAS/226/2013), la Cour de céans a jugé qu'indépendamment des griefs invoqués par l'assuré à l'encontre de l'expert, la cause devait être renvoyée à l'OAI, au motif que ce dernier n'avait pas essayé de parvenir à un accord avec l'assuré sur le choix de l'expert, ce qui violait les droits de participation de l'assuré dans la procédure de désignation de l'expert (cf. également, pour un cas similaire : ATAS/540/2013 du 29 mai 2013).

E. 10

En l'occurrence, cette jurisprudence de la Cour de céans ne s'applique cependant pas dans la mesure où elle concerne des cas dans lesquels il s'agissait de désigner un seul expert alors que, s'agissant de la recourante, il s'agit de mettre sur pied une expertise pluridisciplinaire, soumise en tant que telle à la procédure particulière de l'art. 72bis RAI (désignation des experts, selon un mode aléatoire, parmi les médecins pratiquant au sein d'un centre d'expertise). Force est de constater qu'en pareilles circonstances, c'est bien le hasard et non le consensus qui doit présider à l'attribution du mandat d'expertise, par le

biais de l'utilisation de la plateforme SuisseMed@P, dont il n'est pas contesté qu'elle ait été utilisée en l'espèce. Dans ces conditions, on ne saurait reprocher à l'intimé d'avoir désigné unilatéralement les experts, pas plus que d'avoir omis de rechercher un consensus. L'intimé a tout simplement respecté les dispositions légales. Quant à savoir si, comme le soutient la recourante, seule une expertise psychiatrique pourrait suffire, cela n'apparaît pas manifeste, au vu des documents médicaux versés au dossier. En effet, il en ressort qu'outre les atteintes psychiques, d'éventuelles atteintes somatiques ont été évoquées, en particulier une éventuelle fibromyalgie et une possible maladie dégénérative débutante, de sorte que c'est à juste titre que l'intimé a envisagé une approche multidisciplinaire pour une symptomatologie multiple. La nécessité du volet psychiatrique, contestée par la recourante, ne fait aucun doute au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral développée suite à son arrêt 9C_492/2014 du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, dans lequel il a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables en introduisant un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4 p. 296), schéma qu'il a ensuite étendu aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 p. 426 et 7 p. 427 et les références). Désormais, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 p. 414 ; cf. aussi arrêts 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2 et 9C_73/2017 du 14 mars 2018 consid. 5.1). En l'occurrence, les rapports fournis par le psychiatre traitant se révèlent clairement insuffisants pour évaluer les différents indicateurs jurisprudentiels, de sorte que la nécessité d'une expertise n'apparaît pas contestable. Quant à la prétendue impossibilité pour la recourante de se rendre à Fribourg pour s'y soumettre à l'expertise, la Cour constate qu'aucun de ses médecins n'a jamais allégué une telle impossibilité. Ils ont certes fait état de difficultés à se déplacer, d'une anxiété importante ayant même poussé la recourante à s'infliger une brûlure, mais, à l'instar de l'intimé, si l'on peut comprendre qu'une agoraphobie pose problème pour prendre les transports publics, la solution préconisée par l'OAI (se rendre sur les lieux en transport privé ou en taxi et accompagnée d'une personne de son choix) apparaît comme une solution adéquate et raisonnablement exigible de l'assurée, étant rappelé l'obligation de celle-ci de se soumettre aux examens médicaux nécessaires à l'appréciation de son droit aux prestations. Eu égard aux considérations qui précèdent, la décision de l'intimé d'ordonner une expertise pluridisciplinaire se révèle bien fondée, de sorte que le recours est rejeté. 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.