

GE_GERICHTE A/4383/2016 vom 29. August 2017

GE Cour de justice, 2017-08-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4383_2016

FR: GE_GERICHTE A/4383/2016 du 29 août 2017

IT: GE_GERICHTE A/4383/2016 del 29 agosto 2017

Erwägungen

E. 2

Le litige porte sur le bien-fondé du rejet de la demande de prestations du recourant en raison d'un défaut de collaboration de celui-ci.

E. 3

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. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En effet, dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration ou le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références). b. L'acte par lequel l'assureur social ordonne une expertise n'a pas le caractère d'une décision au sens de l'art. 49 LPGA et intervient sous la forme d'une communication (ATF 132 V 93 consid. 5 ; cf. cependant les précisions apportées ci-après). 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. Précisant la portée de cette dernière disposition, la circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI ; état au 1^{er} janvier 2016) indique que si une expertise mono- ou bidisciplinaire s'avère nécessaire, l'office AI transmet à l'assuré une communication indiquant le type d'expertise ainsi que le nom et le titre médical professionnel de la personne ou des personnes chargées de l'expertise. Le mandat concernant les expertises médicales et les éventuelles questions sont annexés à la communication, qui doit également mentionner la possibilité pour l'assuré de remettre à l'office AI, par écrit, des questions supplémentaires (ch. 2083.1 CPAI). Un délai de dix jours est accordé à l'assuré pour formuler des objections et remettre des questions supplémentaires. Ce délai peut être prolongé sur demande écrite et motivée (ch. 2083.2 CPAI). Dans le délai imparti, l'assuré peut soulever des objections de nature formelle ou matérielle. Il peut notamment demander une expertise dans une autre spécialité (ch. 2083.3 CPAI). Les délais en question ne souffrent en principe aucune critique, la procédure devant répondre aux critères de simplicité et de célérité (ATF 139 V 349 consid. 5.2.3). Dans un arrêt rendu un an plus tôt, le Tribunal fédéral a toutefois considéré que la recevabilité des

objections formulées par l'assuré ne pouvait pas être subordonnée au respect d'un délai strict mais dépendait du principe de la bonne foi : il incombe ainsi à l'assuré de soulever d'éventuelles objections le plus rapidement possible après avoir pris connaissance des données relatives à la future expertise, de sorte que le caractère tardif (ou non) du désaccord manifesté dépend des circonstances du cas particulier (ATF 138 V 271 consid 1.1). En l'absence de consensus entre les parties, l'office AI doit rendre une décision (art. 49 LPGA). Étant donné que celle-ci ne met pas fin à la procédure, elle revêt la forme d'une décision incidente (art. 55 LPGA en relation avec les art. 5 al. 2 et 46 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative – PA ; RS 172.021 ; ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.7). c. Selon l'art. 43 al. 3 LPGA, si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable. Dans un arrêt antérieur à l'art. 43 al. 3 LPGA, le Tribunal fédéral des assurances a confirmé, sur la base de dispositions similaires du RAI applicables à l'époque, une décision rejetant une demande de rente d'invalidité en raison du refus injustifié d'un assuré de se soumettre à une expertise psychiatrique ; même si de l'avis des médecins, il existait, sur le plan somatique, une incapacité de travail de 50%, le défaut de collaboration de l'assuré n'en empêchait pas moins de se prononcer sur la nature et l'étendue des prestations en pleine connaissance du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 46/94, cité in Ulrich MEYER, Marco REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3^{ème} éd. 2014, p. 546 n. 11 ad art. 53-57 LAI). Dans un arrêt du 20 décembre 2011, le Tribunal fédéral a également considéré qu'en présence d'un refus d'une assurée de donner, à temps et dans toute la mesure nécessaire, son accord au centre d'observation médicale l'assurance invalidité – notamment pour que celui-ci puisse réunir tous les rapports médicaux nécessaires à la réalisation d'une expertise –, situation qui avait conduit à la révocation du mandat d'expertise confié par l'office AI, il importait peu de savoir que l'assurée se fût tout de même rendue à l'expertise à la date initialement prévue. En effet, dans la mesure où la procédure de mise en demeure écrite avec fixation d'un délai de réflexion convenable respectait les réquisits de l'art. 43 al. 3 LPGA, l'office AI était fondé à rendre une décision sur le fond sur la base des éléments figurant au dossier, soit de refuser d'augmenter la rente d'invalidité de l'intéressée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_776/2010 du 20 décembre 2011 consid. 3.1). La doctrine considère toutefois qu'en pareilles circonstances, il y a lieu d'examiner, une fois l'assuré revenu sur son choix de ne pas collaborer, si les mesures d'instruction doivent être reprises pour la période entrant en considération (cf. Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 3^{ème} éd. 2015 ad art. 43 LPGA, p. 587 n. 94).

E. 4

En l'espèce, la question de savoir si le recourant pouvait refuser de donner suite à la convocation de l'expert psychiatre en l'absence totale de réaction de l'intimé au courrier du 11 avril 2016 du Dr B_____ souffre de rester indéterminée, puisque le recourant n'invoque à aucun moment le caractère mono-disciplinaire de l'expertise pour justifier son rendez-vous manqué avec le Dr D_____ le 31 août 2016. Il reste ainsi à déterminer si les motifs invoqués par le recourant rendent excusable son manquement au devoir de collaborer. Le recourant soutient qu'il n'a pas pu se rendre à Lausanne le 31 août 2016 pour y subir l'expertise fixée parce qu'il venait d'être opéré du pied. Quant à la sommation du 5

septembre 2016, il ne l'avait reçue que tardivement. À cet égard, le psychiatre traitant du recourant indique qu'une dégradation de l'état de santé de son patient s'est produite après le 31 août 2016, de sorte que celui-ci n'était pas en mesure de s'occuper de ses affaires, ni de relever son courrier, ni d'appeler au téléphone ni de se rendre aux consultations de son psychiatre. Pour les mêmes raisons, il n'avait pas pu collaborer avec l'intimé. La chambre de céans constate toutefois que dans son rapport du 16 mai 2014, le Dr B_____ mentionnait déjà un état dépressif sévère se traduisant par une adynamie, un affaiblissement de la volonté, une perte d'intérêt et de plaisir ainsi qu'un isolement social important. Or, les restrictions décrites par ce médecin n'ont pas empêché le recourant de compléter et déposer sa demande AI le 22 avril 2014 et de collaborer avec l'Hospice général pour bénéficier des prestations d'aide financière de cette institution ; le recourant a notamment établi, le 26 mars 2015, un ordre de paiement en faveur de cette dernière et à charge de la caisse de compensation compétente pour le versement d'une rente AI future. Les restrictions précitées ne l'ont pas empêché non plus de prendre connaissance de la convocation de l'expert D_____, de soumettre ce document à son psychiatre traitant, de se rendre aux nombreuses consultations données par le Dr C_____ entre mai 2014 et octobre 2015 pour le suivi de son pied et de sa cheville gauches (cf. dossier AI, doc 24 à 31), de faire le nécessaire pour se soumettre à l'opération alléguée du pied en août 2016 et enfin, de saisir la chambre de céans d'un recours le 17 décembre 2016, deux jours après réception de la décision litigieuse. Il tombe sous le sens qu'un tel emploi du temps n'aurait pas été envisageable sans la capacité de se déplacer, de faire usage des moyens de communication et de télécommunication usuels et, d'une façon plus générale, de prendre les dispositions utiles à l'accomplissement des actes énumérés. Ainsi, quoi qu'en dise le Dr B_____, qui situe d'ailleurs la dégradation de l'état psychique de son patient postérieurement au 31 août 2016, on pouvait attendre du recourant, s'agissant de la convocation à l'expertise prévue à cette date, que s'il n'était pas en mesure de s'y rendre en raison de son pied, il prenne au moins la peine d'en informer l'expert et/ou l'intimé au préalable et donne suite à la sommation qu'il est réputé avoir reçue le dernier jour du délai de garde postale, soit le 16 septembre 2016. En effet, dès lors que le recourant était déjà partie à une procédure qu'il avait lui-même initiée par le dépôt d'une demande AI, il existait une obligation de diligence particulière à sa charge, en ce sens qu'il lui incombait de prendre toutes les dispositions nécessaires au bon acheminement de son courrier, par exemple en désignant une personne habilitée à recevoir les communications officielles à sa place (cf. Yves DONZALLAZ, La notification en droit interne suisse, pp. 498-499 et les références citées), ce à plus forte raison qu'il devait s'attendre à recevoir de façon imminente un autre courrier de la part de l'intimé ou de l'expert après son rendez-vous manqué du 31 août 2016. Il résulte de ce qui précède que le recourant a refusé de manière inexcusable de collaborer à l'instruction du dossier. Étant donné que l'intimé lui a adressé, via la sommation du 5 septembre 2016, une mise en demeure écrite l'invitant à prendre contact avec le Dr D_____ d'ici le 10 septembre 2016 tout en le rendant attentif aux conséquences juridiques de son inaction, l'intimé s'est conformé aux réquisits formels de l'art. 43 al. 3 LPGA.

E. 5

a. Il reste à examiner si l'intimé était en droit de rejeter la demande de prestations en l'état du dossier. 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. S'il estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis,

l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6). Le devoir d'instruction de l'office AI s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt du Tribunal fédéral 8C_364 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Ainsi, l'office AI doit mettre en œuvre une expertise médicale lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a). 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 appréciation 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). b. En l'espèce, on ne saurait faire grief à l'intimé de ne pas avoir octroyé de prestations au recourant sur la base des rapports à disposition. En effet, comme l'a fait remarquer le SMR dans son avis du 6 juillet 2015, ceux-ci sont très succincts et il est très difficile d'obtenir des renseignements permettant de déterminer la sévérité de l'atteinte psychiatrique et d'en évaluer le caractère incapacitant. Le rapport du 16 mai 2014 du Dr B_____ se base uniquement sur les « plaintes subjectives » du recourant et il n'y a pas de status psychiatrique objectif à disposition, raison pour laquelle il convient, de l'avis du SMR, de mettre sur pied une expertise psychiatrique. Cet avis, bien motivé, ne prêtant pas le flanc à la critique, force est de constater qu'en se soustrayant à deux reprises à une expertise psychiatrique alors que celle-ci constituait une mesure exigible, le recourant a pris – délibérément – le risque que sa demande de prestations soit rejetée par l'intimé, motif pris que les conditions du droit aux prestations n'étaient pas, en l'état du dossier, établies au degré de la vraisemblance prépondérante.

E. 6

Mal fondé, le recours doit être rejeté. Cela étant, si le recourant se montre par la suite disposé à collaborer à l'instruction et à se soumettre aux mesures nécessaires à celle-ci, il lui est loisible de saisir à nouveau l'OAI d'une demande de prestations (cf. arrêt du Tribunal I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6). Non représenté et n'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait se voir allouer une indemnité de procédure (art. 61 let. g LPGA a contrario ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_193/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.2.1.).

Attendu que la procédure n'est plus gratuite depuis le 1^{er} juillet 2006 (art. 69 al. 1 bis LAI) et que le fait de bénéficier de l'aide de l'Hospice général ne constitue pas un motif d'exonération des frais de la procédure (cf. ATAS/193/2013), il y a lieu de condamner le recourant, qui succombe, au paiement d'un émolument de CHF 200.-. *** 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.