

GE_GERICHTE A/759/2016 vom 27. April 2016

GE Cour de justice, 2016-04-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_759_2016

FR: GE_GERICHTE A/759/2016 du 27 avril 2016

IT: GE_GERICHTE A/759/2016 del 27 aprile 2016

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à Meyrin, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Etienne SOLTERMANN recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le _____ 1967, a déposé une première demande de rente d'invalidité auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI), en date du 4 décembre 2002, en raison d'une incapacité de travail totale.![endif]>![if> 2. Par décision du 12 décembre 2005, confirmée par arrêt du tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, du 15 mai 2007 (ATAS/512/2007), l'OAI a rejeté la demande de prestations, motif pris que l'atteinte à la santé tant du point de vue somatique que psychique, n'avait aucune influence sur la capacité de travail et de gain. ![endif]>![if> 3. Le 13 août 2009, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, rejetée par l'OAI le 5 février 2009 (recte : 2010). ![endif]>![if> 4. Le 1 er juin 2011, la Vaudoise Générale Compagnie d'Assurances SA (ci-après la Vaudoise) a communiqué à l'OAI un formulaire de détection précoce. L'assuré était en incapacité de travail totale depuis le 1 er janvier 2008 en sa qualité d'agent de sécurité chez B_____ SA. ![endif]>![if> 5. L'assuré ayant repris son activité professionnelle à 100 % dès le 20 juillet 2011, l'OAI l'a informé que le dépôt d'une demande AI n'était pas indiqué dans l'immédiat.![endif]>![if> 6. Le 29 mars 2012, la Vaudoise a informé l'OAI que l'assuré avait fait une rechute depuis le 30 janvier 2012. À la demande de l'OAI, l'assuré a rempli une nouvelle demande de prestations le 29 juillet 2012.![endif]>![if> 7. Le docteur C_____, médecin généraliste, auprès du Centre médico – chirurgical de Cornavin, a adressé un rapport médical à l'OAI le 14 août 2012. Il indiquait que la maladie du patient évoluait depuis une dizaine d'années, qu'elle entraînait des limitations et que malgré les conseils d'un arrêt total, il souhaitait poursuivre ses activités à un taux de 40 %, malgré l'épuisement. ![endif]>![if> 8. Le 30 août 2012, la Vaudoise, à la demande de l'OAI, a communiqué copie de son dossier médical concernant l'assuré. L'assuré souffrait d'une sarcoïdose avec déformation du squelette, de dorso-lombalgies, d'un état dépressif et d'insomnie. Il avait présenté plusieurs arrêts de travail. ![endif]>![if> 9. Dans son rapport du 1 er octobre 2012 à l'attention de l'OAI, le Dr C_____ a attesté que l'état de santé s'était aggravé depuis quatre à cinq ans.![endif]>![if> 10. Le 24 octobre 2012, l'OAI a reçu le questionnaire/rapport de l'employeur et en novembre 2012, un nouveau rapport du Dr C_____. ![endif]>![if> 11. La doctoresse D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport médical à l'attention de l'OAI en date du 27 mars 2013. Elle a indiqué suivre le patient depuis le 8 janvier 2013 en raison d'un état dépressif moyen avec syndrome somatique depuis 2011, ainsi qu'une dépendance à l'alcool. L'incapacité de travail était de 50% dans l'activité d'agent de sécurité. Étant donné la persistance et l'aggravation de sa pathologie physique, le pronostic sur l'évolution

psychiatrique restait réservé. Malgré le traitement antidépresseur et anxiolytique, il n'y avait pas d'amélioration pour le moment.![endif]>![if> 12. Dans un rapport à l'attention du médecin-conseil de la Vaudoise, du 16 novembre 2012, le Dr C_____ indiquait que le patient était en traitement depuis janvier 2002 pour des algies diverses, le tout sur fond de sarcoïdose. Depuis deux ans était venu s'ajouter un état dépressif profond avec pensées suicidaires, malgré les traitements suivis. Le patient devrait être à l'arrêt de travail à 100% depuis plusieurs années, mais malgré ses conseils, il se fait un point d'honneur de poursuivre son activité à 50%, malgré les douleurs exténuantes. Le Dr C_____ a communiqué ensuite plusieurs rapports médicaux et radiologiques concernant le patient.![endif]>![if> 13. Le 28 mars 2014, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision de refus de mesures professionnelles et de rente. ![endif]>![if> 14. Par courrier du 25 avril 2014, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, s'y est opposé, reprochant à l'OAI d'avoir fondé son projet de décision sur l'ancien dossier et sur d'anciens rapports, alors qu'il invoquait une détérioration notable de son état de santé. Il a sollicité la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire. ![endif]>![if> 15. Le 3 juin 2014, l'OAI a communiqué au conseil de l'assuré qu'il entendait mettre en œuvre une expertise multidisciplinaire et l'a invité à se déterminer sur les questions à poser aux experts, ce que le mandataire de l'assuré a fait dans le délai imparti.![endif]>![if> 16. Le 3 mars 2015, l'OAI a informé l'assuré que le dossier avait été transmis à un nouveau gestionnaire. Selon une note d'entretien téléphonique du 23 avril 2015, le Dr C_____ informe l'OAI d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Le 22 juin 2015, la Dresse D_____ demande à l'OAI une clarification plus rapide de sa situation, qui sera bénéfique pour son psychisme. ![endif]>![if> 17. Le 4 août 2015, le Dr C_____ adresse un nouveau rapport à l'OAI, suite à divers entretiens.![endif]>![if> 18. Selon une note du 3 décembre 2015, l'avocat de l'assuré demande de laisser tomber l'expertise. Après relecture des éléments du dossier, ladite expertise doit être maintenue.![endif]>![if> 19. Par courrier du 15 décembre 2015, l'OAI a informé l'assuré que l'expertise était maintenue.![endif]>![if> 20. Le 23 décembre 2015, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a demandé qu'elle soit organisée dans les meilleurs délais, dès lors qu'il avait déjà été décidé de sa mise en œuvre en août 2014. Il demandait aussi à être consulté quant au choix des experts.![endif]>![if> 21. Par courrier du 6 janvier 2016, l'OAI a informé l'assuré que les offices AI attribuent les mandats d'expertise pluridisciplinaire par l'intermédiaire d'une plateforme informatique et qu'il ne peut influencer directement la sélection du centre d'experts. ![endif]>![if> 22. Le 15 janvier 2016, l'assuré a reproché à l'OAI de n'avoir pas respecté le principe de célérité, ce qui avait des effets dévastateurs, et lui a demandé de faire le nécessaire pour que cette expertise soit organisée pour le 29 février 2016 au plus tard.![endif]>![if> 23. Par acte du 4 mars 2016, déposé au greffe le 7 mars 2016, l'assuré, représenté par son conseil, a saisi la chambre de céans d'un recours pour déni de justice, respectivement retard injustifié. Il reproche à l'intimé de n'avoir entrepris aucune démarche afin de faire avancer le dossier, et, en particulier, en vue de l'établissement d'une expertise pluridisciplinaire. La passivité absolue de l'intimé a duré plus de 18 mois, ce qui implique un retard injustifié. Le recourant conclut à la condamnation de l'intimé pour déni de justice et à ce qu'il lui soit ordonné d'organiser sans délai l'expertise médicale pluridisciplinaire. ![endif]>![if> 24. Le 18 mars 2016, le recourant informe la chambre de céans qu'il venait de recevoir de l'OPAI un courrier l'informant de la mise en œuvre de l'expertise objet du présent recours. Il sollicite la suspension de l'instruction du recours, dans l'attente que ladite expertise soit effectivement mise en œuvre. ![endif]>![if> 25. Dans sa réponse du 5 avril 2016, l'OAI

conclut au rejet du recours, se référant à la jurisprudence. Selon l'intimé, il s'est conformé à la procédure MED@P, a enregistré le dossier le 3 juin 2014, puis réactivé le 22 janvier 2016 et précise qu'il ne peut en aucun cas émettre d'instructions à l'égard de la plateforme, les retards induit par la procédure Med@P étant hors de sa sphère d'influence. Pour le surplus, l'assuré a été convoqué le 12 avril 2016. L'intimé s'oppose à la suspension de la procédure.

26. Après communication de cette écriture au recourant, la cause a été gardée à juger.

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 - 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.

2. Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision (cf. art. 56 al. 1 et 60 al. 1 LPGA).

3. Conformément à l'art. 56 al. 2 LPGA, un recours peut également être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition. Cette disposition vise le refus de statuer et le retard à statuer d'un assureur ou d'une autorité administrative. Il y a retard injustifié à statuer lorsque l'autorité administrative (ou judiciaire) compétente ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prévu par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire ainsi que toutes les autres circonstances font apparaître comme raisonnable (ATF 131 V 407 consid. 1.1 p. 409 et les références; 125 V 188 consid. 2a p. 191).

Le recourant se plaint en l'occurrence de ce que l'intimé n'a pas mis en œuvre l'expertise pluridisciplinaire dans un délai raisonnable. Le recours pour déni de justice, introduit par-devant l'autorité compétente (art. 58al. 1 LPGA), est ainsi recevable.

4. Le retard injustifié à statuer est une forme particulière du déni de justice prohibé par l'art. 29 al. 1 Cst et l'art. 6 § 1 CEDH (qui n'offre à cet égard pas une protection plus étendue [ATF 103 V 190 consid. 2 p. 192]). Il y a retard injustifié à statuer lorsque l'autorité administrative ou judiciaire compétente ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prévu par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire ainsi que toutes les autres circonstances font apparaître comme raisonnable (ATF 131 V 407 consid. 1.1 p. 409 et les références). Entre autres critères sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'intéressé ainsi que le comportement de ce dernier et celui des autorités compétentes (ATF 130 I 312 consid. 5.2 p. 332; 125 V 188 consid. 2a p. 191). À cet égard, il appartient, d'une part, au justiciable d'entreprendre certaines démarches pour inviter l'autorité à faire diligence, notamment en incitant celle-ci à accélérer la procédure ou en recourant pour retard injustifié. D'autre part, si on ne saurait reprocher à l'autorité quelques « temps morts », qui sont inévitables dans une procédure, elle ne peut invoquer une organisation déficiente ou une surcharge structurelle pour justifier la lenteur excessive de la procédure; il appartient en effet à l'Etat d'organiser ses juridictions de manière à garantir aux citoyens une administration de la justice conforme aux règles (ATF 130 I 312 consid. 5.2 p. 332 et les références). Peu importe le motif qui est à l'origine du refus de statuer ou du retard injustifié ; ce qui est déterminant, c'est le fait que l'autorité n'ait pas agi ou qu'elle ait agi avec retard (arrêts du Tribunal fédéral des assurances C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2 et I 819/02 du 23 avril 2003 consid. 2.1 ; ATF 124 V 133 ; 117 Ia 117 consid. 3a ; 117 Ia 197 consid. 1c ; 108 V 20 consid. 4c).

En droit des assurances sociales, la

procédure de première instance est par ailleurs gouvernée par le principe de célérité. Ce principe est consacré à l'art. 61 let. a LPGA qui exige des cantons que la procédure soit simple et rapide et constitue l'expression d'un principe général du droit des assurances sociales (ATF 110 V 54 consid. 4b p. 61). La sanction du dépassement du délai raisonnable consiste d'abord dans la constatation de la violation du principe de célérité, la constatation d'un comportement en soi illicite étant en effet une forme de réparation (arrêt du Tribunal fédéral des assurances H 134/02 du 30 janvier 2003 consid. 1.5 ; ATF 122 IV 111 consid. I/4). Pour le surplus, l'autorité saisie d'un recours pour retard injustifié ne saurait se substituer à l'autorité précédente pour statuer au fond. Elle ne peut qu'inviter l'autorité concernée à statuer à bref délai (ATF 130 V 90). 5. a) Selon l'art. 72bis al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961(RAI, RS 831.201), en vigueur depuis le 1 er mars 2012, les expertises comprenant plus de trois disciplines médicales doivent se dérouler auprès d'un centre d'expertises médicales lié à l'office fédéral par une convention. L'attribution du mandat doit se faire de manière aléatoire (al. 2). Cette disposition, introduite à la suite de la publication de l'ATF 137 V 210 (qui a apporté de nombreux correctifs à la procédure administrative, en particulier en ce qui concerne la désignation des experts), a été jugée conforme au droit (ATF 139 V 349 ; 140 V 507). Le choix de l'expert en cas d'expertise pluridisciplinaire doit toujours se faire selon le principe aléatoire (ATF 140 V 507 ; 139 V 349 consid. 5.2.1 p. 354). Il n'y a aucune place pour une désignation des experts opérée sur une base consensuelle (consid. 3.2.1). Par ailleurs, une décision incidente qui ne mentionne pas de centre d'expertise mais qui indique seulement que celui-ci sera déterminé en vertu de l'art. 72 bis RAI selon le système d'attribution « SuisseMED@P » n'est attaquable ni devant la juridiction de première instance ni devant le Tribunal fédéral (ATF 139 V 339 consid. 4.5). b) Dans un arrêt 9C_140/2015 du 26 mai 2015, le Tribunal fédéral a rappelé, s'agissant des dysfonctionnements rencontrés dans l'exécution d'une telle mesure ou des conséquences de ces dysfonctionnements sur l'ensemble de la procédure, que SuisseMED@P est une plateforme informatique exploitée par la Conférence des offices AI. Cette plateforme est destinée à mettre en oeuvre le système règlementaire et jurisprudentiel de désignation aléatoire des experts dans le contexte d'expertises pluridisciplinaires. Le bon fonctionnement de ladite plateforme relève donc des attributions légales des offices AI quant à l'évaluation de l'invalidité (cf. art. 57 let f. LAI) et constitue par conséquent un des éléments sur lesquels la Confédération exerce son devoir général de surveillance (cf. art. 64 LAI). Ce devoir a été délégué au Département fédéral de l'intérieur qui en a lui-même transféré une partie à l'OFAS pour qu'il s'en acquitte de manière indépendante (cf. art. 176 RAVS applicable par renvoi des art. 64 LAI et 72 RAVS). Il n'appartient dès lors pas à une autorité judiciaire de s'exprimer sous l'angle du déni de justice sur les difficultés ou les retards survenus dans le cadre de l'exécution d'une décision entrée en force (cf. arrêt 9C_72/2011 du 20 juin 2011 consid. 2.2 et 2.3), mais il revient à l'OFAS d'intervenir - éventuellement par le biais d'une dénonciation - en exerçant son contrôle sur l'exécution par les offices AI des tâches énumérées à l'art. 57 LAI (cf. art. 64a al. 1 let. a LAI) et en édictant à l'intention desdits offices des directives générales ou portant sur des cas d'espèce (cf. art. 64a al. 1 let. b LAI et 50 al. 1 RAI). 6. En l'espèce, la chambre de céans constate qu'en date du 29 avril 2014, le SMR a préconisé la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire, ce dont le recourant en a été informé par communication du 3 juin 2014. En annexe figurait la liste des questions à poser aux experts, le recourant étant invité à adresser ses questions complémentaires dans un délai de 10 jours, prolongé au 30 juin 2014. Dans le délai imparti, le recourant a fait savoir à l'intimé qu'il

n'avait pas de questions complémentaires à poser aux experts. !

D'après une note de dossier du 3 décembre 2015, l'intimé aurait mis le mandat d'expertise sur la plateforme SuisseMED@P le 3 juin 2014. Un temps mort s'est écoulé jusqu'en mars 2015, date à laquelle l'intimé a informé le recourant que son dossier avait été attribué à un nouveau gestionnaire. En mai 2015, le médecin traitant du recourant a contacté l'intimé, puis le psychiatre traitant lui a fait parvenir un rapport en date du 22 juin 2015. En septembre 2015, le recourant, par l'intermédiaire de son conseil, s'est enquis de l'état d'avancement de son dossier. En décembre 2015, après avoir examiné le dossier en vue de déterminer s'il pouvait se passer de l'expertise, l'intimé a décidé de la maintenir et de réactiver le dossier. Finalement, après avoir été relancé par le recourant et mis en demeure d'organiser l'expertise d'ici le 29 février 2016 au plus tard, l'intimé a réédité le mandat MED@P le 22 janvier 2016 pour réactiver le dossier. Par courriel du 24 février 2016, SuisseMED@P a informé l'intimé que le mandat a été attribué au Centre d'expertises médicales PMU, à Lausanne. Il convient de relever que la demande déposée en août 2012 a fait l'objet d'une instruction par l'intimé qui a requis notamment la production du dossier complet de l'assureur perte de gain, puis divers rapports médicaux. Si l'on peut déplorer une certaine lenteur dans le traitement du dossier, en particulier depuis la première mise du mandat d'expertise sur la plateforme le 3 juin 2014, force est cependant de constater que l'intimé a continué d'entretenir une correspondance avec le recourant pour lui faire savoir finalement qu'il maintenait le mandat d'expertise. Enfin, il a réactivé le dossier en rééditant le mandat. Les quelques lenteurs ne sauraient être qualifiées en l'occurrence d'inadmissibles. Cela étant, les éventuels dysfonctionnements dans l'exécution des mandats confiés à la plateforme SuisseMED@P ne sont pas imputables à l'intimé. Enfin, il convient de relever que postérieurement au dépôt de son recours, le recourant a été informé que le mandat avait été attribué aléatoirement à la PMU. Au regard des circonstances, le grief de déni de justice n'est en l'espèce pas fondé. 7. Le recourant sollicite la suspension de la procédure, motif pris que le retard injustifié s'est déjà produit et que rien ne garantit qu'une décision sera prise dans un délai raisonnable.!

8. Cet argument, non fondé, doit être rejeté, les conditions de l'art. 78 LPA n'étant à l'évidence par remplies.!

9. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.!

10. Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 LPA ; RS/GE - E 5 10).!

11. Pour le surplus, la procédure est gratuite. !

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :