

VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 49 vom 23. Januar 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-01-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2019__49

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 49 du 23 janvier 2019

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 49 del 23 gennaio 2019

Regeste

DEMANDE ADRESSÉE À L'AUTORITÉ, RÉVISION{DÉCISION}, FORCE PROBANTE, EXPERTISE MÉDICALE | 43 al. 1 LPGA, 61 let. i LPGA

Erwägungen

E. 3

a) Dans l'arrêt dont la révision est demandée, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a examiné si la requérante présentait, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'AI. Elle a relevé que l'appréciation du Dr Q._____ de la clinique [...] était partagée par les médecins qui avaient examiné l'assurée, en particulier qu'elle n'était pas contredite par l'appréciation des Drs H._____, N._____ et P._____. La Cour a en outre considéré que le Dr Q._____ avait motivé de manière probante les raisons pour lesquelles il n'avait pas retenu le diagnostic différentiel d'algoneurodystrophie. b) A l'appui de sa demande de révision, la requérante invoque les graves manquements dans la réalisation d'expertises médicales constatés par le Tribunal fédéral dans son arrêt 2C_32/2017 du 22 décembre 2017. Selon cet arrêt, le médecin responsable de la clinique [...] a modifié et signé des dizaines d'expertises sans avoir vu les expertisés et sans l'accord de l'expert, ce qui constitue un manquement au devoir professionnel. Pour la requérante, le fait que le médecin responsable du centre d'expertise médicale a gravement violé les règles élémentaires de bonne foi suffit à rejeter le contenu de l'expertise. Elle fait valoir en particulier que le Dr Q._____ n'a pas retenu le syndrome de Sudeck et qu'il est important de pouvoir disposer d'une expertise réalisée en bonne et due forme pour déterminer si ce syndrome doit vraiment être écarté. c) Dans son arrêt 2C_32/2017 cité, le Tribunal fédéral a retenu que les expertises pratiquées auprès du "département expertise" de la clinique [...] ont un poids déterminant pour de nombreux justiciables, de sorte que l'on doit attendre de ces expertises qu'elles soient rendues dans les règles de l'art. Il existe ainsi un intérêt public manifeste à ce que des acteurs intervenant dans des procédures administratives en tant qu'experts, et qui au demeurant facturent d'importants montants à la charge de la collectivité, rendent des expertises dans lesquelles l'administré et l'autorité peuvent avoir pleine confiance, ceux-ci n'étant le plus souvent pas des spécialistes des domaines en cause. Or de très importants manquements ont été constatés dans la gestion de l'institution de santé et en particulier des graves violations des devoirs professionnels incombant à une personne responsable d'un tel établissement. En particulier, cette personne qui était responsable médical du "département expertise" avait modifié (notamment sur des points non négligeables) et signé des dizaines d'expertises sans avoir vu les expertisés et sans l'accord de l'expert, ce qui constituait un comportement inadmissible relevant d'un manquement grave au devoir professionnel. C'est pourquoi le

Tribunal fédéral a jugé qu'une mesure de retrait de trois mois de l'autorisation d'exploiter le "département expertise" n'était pas contraire au droit (consid. 6 et 7 de l'arrêt cité). d) En droit des assurances sociales, une évaluation médicale effectuée dans les règles de l'art revêt une importance décisive pour l'établissement des faits pertinents (ATF 122 V 157 consid. 1b p. 159). Elle implique en particulier la neutralité de l'expert, dont la garantie vise à assurer notamment que ses conclusions ne soient pas influencées par des circonstances extérieures à la cause et à la procédure (cf. ATF 137 V 210 consid. 2.1.3 p. 231), ainsi que l'absence de toute intervention à l'insu de l'auteur de l'expertise, les personnes ayant participé à un stade ou à un autre aux examens médicaux ou à l'élaboration du rapport d'expertise devant être mentionnées comme telles dans celui-ci. Or, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de prononcer le 16 août 2018 dans un arrêt ATF 144 V 258 que les manquements constatés au sein du "département expertise" par le Tribunal fédéral dans la procédure relative au retrait de l'autorisation de la clinique [...] soulèvent de sérieux doutes quant à la manière dont des dizaines d'expertises ont été effectuées au sein de cet établissement (arrêt 2C_32/2017 cité consid. 7.1 ; 9F_5/2018 consid. 2.3.2) et portent atteinte à la confiance que les personnes assurées et les organes de l'assurance-invalidité étaient en droit d'accorder à l'institution chargée de l'expertise (voir aussi arrêt 8C_657/2017 du 14 mai 2018 consid. 5.2.2). Dès lors, de même que l'organe d'exécution de l'assurance-invalidité ou le juge ne peut se fonder sur un rapport médical qui, en soi, remplit les exigences en matière de valeur probante (sur ce point, cf. ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) lorsqu'il existe des circonstances qui soulèvent des doutes quant à l'impartialité et l'indépendance de son auteur, fondés non pas sur une impression subjective mais une approche objective (ATF 137 V 210 consid. 6.1.2 p. 267; 132 V 93 consid. 7.1 p. 109 et la référence; arrêt 9C_104/2012 du 12 septembre 2012 consid. 3.1), il n'est pas admissible de reprendre les conclusions d'une expertise qui a été établie dans des circonstances ébranlant de manière générale la confiance placée dans l'institution mandatée pour l'expertise en cause (9F_5/2018 consid. 2.3.2). e) En l'occurrence, l'expertise rendue le 6 novembre 2013 par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au sein de la clinique [...], sur laquelle s'est notamment appuyée la Cour des assurances sociales pour nier le droit de l'assurée à des prestations d'invalidité, a été réalisée à une époque où le responsable médical du "département expertise" modifiait illicitement le contenu de rapports. En conséquence, cette expertise ne peut pas servir de fondement pour statuer sur le droit de la requérante aux prestations de l'assurance-invalidité. Peu importe le point de savoir si ledit responsable est concrètement intervenu dans la rédaction du rapport du Dr Q._____, voire en a modifié le contenu à l'insu de son auteur, parce qu'il n'est en tout état de cause pas possible d'accorder pleine confiance au rapport du 6 novembre 2013, établi sous l'enseigne de la clinique [...]. En effet, les exigences liées à la qualité de l'exécution d'un mandat d'expertise médicale en droit des assurances sociales ne pouvaient être considérées comme suffisamment garanties au sein du "département expertise" de celle-ci (sur l'importance de la garantie de qualité de l'expertise administrative, SUSANNE LEUZINGER, Die Auswahl der medizinischen Sachverständigen im Sozialversicherungsverfahren [Art. 44 ATSG], in Soziale Sicherheit - Soziale Unsicherheit, Mélanges à l'occasion du 65ème anniversaire de Erwin Murer, 2010, p. 438). On relèvera à cet égard que les organes de l'assurance-invalidité ont renoncé à confier des mandats d'expertise à la clinique [...] depuis 2015 (cf. réponse du Conseil fédéral à la question de Madame la Conseillère nationale Rebecca Ruiz n° 18.5054 "La clinique [...] a-t-elle encore la confiance de l'OFAS?"; consultable sur le lien

<https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20185054>). En l'espèce, si la Cour des assurances sociales avait eu connaissance des graves manquements aux devoirs professionnels du responsable du "département expertise" de la clinique [...], elle aurait considéré que ceux-ci entachaient la confiance placée dans une exécution lege artis de l'expertise confiée à ce département, de sorte qu'elle aurait constaté que le rapport du 6 novembre 2013 ne pouvait servir de fondement à la décision relative au droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Il résulte de ce qui précède que l'expertise de la clinique [...] doit être retranchée du dossier. Le retranchement de cette pièce importante du dossier constitue indubitablement un fait nouveau conformément aux réquisits des art. 61 let. i LPGA et 100 al. 1 let b LPA-VD.

E. 4

a) Il s'agit dès lors d'examiner si le retranchement de cette expertise du dossier est un élément nouveau important au point d'entraîner la révision de l'arrêt de la Cour de céans du 4 avril 2017. Tel est le cas si cet élément nouveau conduit les juges à donner une autre issue au litige en fonction d'une appréciation juridique correcte, notamment à nier que les rapports médicaux au dossier fussent suffisants à servir de fondement pour le refus de prestations. b) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; cf. TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; cf. également TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4). c) Dans le cas présent, l'appréciation de la situation médicale de l'assurée était fondée sur divers avis médicaux, lesquels étaient convergents pour ce qui concernait le diagnostic d'une lésion ostéocondrale du talus gauche. Pour ce qui concerne l'incidence de cette lésion sur la capacité de travail de l'assurée, les Drs V._____, P._____ et T._____ considéraient que celle-ci était nulle lors de leurs

examens, lesquels étaient toutefois antérieurs à septembre 2013. Le 18 octobre 2013, le Dr J. _____ a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'ouvrière en blanchisserie, mais entière dans une activité adaptée, en principe au moins depuis septembre 2013. Il a décrit les limitations fonctionnelles suivantes : pas de marche en terrain accidenté, pas de longues marches ni de longues stations debout. Ce médecin a présenté un avis médical relativement sommaire mais avec une brève anamnèse et un examen des différents avis médicaux au dossier, notamment celui des Drs V. _____ et P. _____, orthopédistes. Il a fixé les limitations fonctionnelles en tenant compte des avis de ces spécialistes et des plaintes de l'assurée. Ce rapport a été établi avant l'expertise de la clinique [...], qui ne l'a donc pas influencé. Le rapport des Drs H. _____ et N. _____ du 18 juin 2014 présente des observations similaires à celles faites par les autres médecins (marche avec légère boiterie d'épargne du membre inférieur gauche, mobilité flexion-extension conservée, cicatrice calme). Le Dr P. _____ a expliqué le 9 février 2015 que le status clinique restait toujours superposable au précédent, avec une mobilité physiologique de la cheville gauche, malgré des douleurs en fin de flexion et en extension, précisant qu'il faudrait insister pour adapter le poste de travail de la patiente. Le 3 mars 2015, le Dr R. _____ a constaté que les Dr N. _____ et P. _____ étaient d'accord sur un examen de la cheville dans les normes, qu'il persistait une douleur en fin de mouvement, que les limitations fonctionnelles telles que la marche en terrain accidenté, les longues marches et la station debout devaient être retenues et que l'activité habituelle était contraindiquée alors qu'une activité adaptée était exigible à taux plein dès octobre 2013. On constate dès lors que les rapports médicaux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée et se fondent sur des examens complets, qu'ils prennent également en considération les plaintes de la personne examinée et ont été établis en pleine connaissance du dossier (anamnèse). Les descriptions du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et concordantes. Les pièces médicales au dossier étaient donc suffisantes pour apprécier de manière circonstanciée l'état de santé de la requérante ainsi que les éventuelles répercussions négatives de celui-ci sur la capacité de travail. D'ailleurs, l'expertise de la clinique [...] n'avait pas été requise par l'OAI dans la présente procédure mais par l'assurance d'indemnité journalière collective. Sur la base des divers rapports médicaux au dossier, l'OAI était ainsi fondé à retenir une incapacité de travail dans l'activité habituelle mais une capacité de travail entière dans une activité adaptée, compte tenu des limitations fonctionnelles constatées. L'appréciation résultant de l'examen du nouvel état de fait ne conduit pas à une modification de la décision. S'agissant du syndrome de Sudeck invoqué par la requérante, aucun avis médical au dossier ne laisse supposer son existence. L'intéressée se réfère à l'expertise retranchée qui toutefois l'a exclu. La requérante a été examinée par plusieurs médecins spécialistes et aucun n'a relevé ce syndrome. La requérante n'apporte aucun élément qui pourrait remettre en cause les différentes observations médicales au dossier. Compte tenu de ce qui précède, le retranchement de l'expertise de la clinique [...] ne modifie en rien l'appréciation des preuves et l'appréciation juridique retenues dans l'arrêt du 4 avril 2017.

E. 5

En définitive, la demande de révision dudit arrêt, introduite le

E. 8

mars 2018 par C. _____ doit être rejetée. Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure de révision étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), sauf en cas de témérité ou de

légèreté, lesquelles ne sont pas réalisées en l'espèce. Il n'y a pas lieu à l'allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA).

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