

VS_GERICHTE S3 16 83 vom 19. Mai 2017

VS Kantonsgericht, 2017-05-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S3 16 83](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S3_16_83)

FR: VS_GERICHTE S3 16 83 du 19 mai 2017

IT: VS_GERICHTE S3 16 83 del 19 maggio 2017

Regeste

S3 16 83 JUGEMENT DU 19 MAI 2017 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Véronique Largey, greffière en la cause X_____, recourant, représenté par Maître M_____ contre OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé (art. 44 LPGA ; principes posés pour la mise en œuvre d'une expertise médicale indépendante en procédure d'assurance-invalidité)

Erwägungen

E. 12

octobre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 38 al. 3 et 60 LPGA), devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81bis al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière. 2.1 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). Dans l'arrêt de principe paru aux ATF 137 V 210, le Tribunal fédéral a estimé nécessaire de renforcer les droits de participation de la personne assurée dans le cadre de l'organisation d'une expertise (pluridisciplinaire) auprès d'un centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) et a jugé qu'en cas de désaccord entre celle-ci et l'office AI compétent, une telle expertise devait désormais être mise en œuvre par le biais d'une décision incidente, au sens des articles 5 PA et

- 16 - 49 LPGA, sujette à recours auprès du tribunal cantonal des assurances (consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.7). Puis, dans l'ATF 139 V 349, le Tribunal fédéral a répondu par l'affirmative aux deux questions de savoir, d'une part, s'il était conforme à la loi de limiter, en vertu de l'article 72bis RAI, l'attribution de mandats selon le principe aléatoire aux expertises comprenant trois ou plus de trois disciplines médicales (expertise pluridisciplinaire) et, d'autre part, si les autres exigences relevant de l'Etat de droit étaient applicables par analogie, selon la jurisprudence parue aux ATF 137 V 210, aux expertises monodisciplinaires et bidisciplinaires. En lien avec cette seconde question, le Tribunal fédéral a précisé dans l'ATF 139 V 349 que si l'office AI optait non pas pour une expertise pluridisciplinaire attribuable uniquement de manière aléatoire mais pour une expertise bidisciplinaire voire monodisciplinaire - même confiée directement à un COMAI -, il devait alors tenter de parvenir à un accord avec la personne assurée et, en cas d'échec de cette tentative, rendre une décision susceptible de recours. En application des éléments développés sur ce dernier sujet, l'OFAS a décrit, aux chiffres 2083 et 2084 de la CPAI, la procédure (consensuelle) d'attribution d'expertises médicales monodisciplinaires ou bidisciplinaires. Le chiffre 2083.3 de la CPAI prévoit que l'assuré peut soulever des

objections de nature formelle ou matérielle qui portent notamment sur les thèmes suivants : l'expert a un intérêt personnel dans l'affaire ; l'expert est parent ou allié en ligne directe, ou jusqu'au troisième degré en ligne collatérale, d'une partie, ou encore lié avec elle par mariage, fiançailles ou adoption ; l'expert est impliqué dans l'affaire pour d'autres raisons ; l'expert ne possède pas les compétences professionnelles nécessaires ; il faut demander une expertise dans une autre spécialité ; les faits sont suffisamment éclaircis, si bien qu'une nouvelle expertise est superflue. Selon le chiffre 2084 de la CPAI, dans lequel est cité l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_560/2013 du 6 septembre 2013, si une objection admissible de nature formelle (demande de récusation formelle en rapport avec le cas concret) ou matérielle (en rapport avec la spécialité) est soulevée, la recherche d'un consensus est nécessaire. Il a été précisé au considérant 2.3 de cet arrêt que le tribunal cantonal ne devait examiner, à titre liminaire, la question de la tentative d'accord que si une procédure consensuelle était indiquée lors de la mise en œuvre d'une expertise monodisciplinaire, ce qui supposait encore la formulation d'une objection admissible de nature formelle (demande de récusation formelle en rapport avec le cas concret) ou matérielle (en rapport avec la spécialité). La valeur probante d'un rapport médical dépend des questions de savoir si cet acte est complet compte tenu des droits contestés, s'il est fondé sur des examens approfondis

- 17 - en tous points, s'il tient compte des affections dont se plaint l'intéressé, s'il a été établi en connaissance de l'anamnèse, si l'exposé du contexte médical est cohérent, voire si l'appréciation de la situation médicale est claire, et si les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 122 V 157 consid. 1c, RAMA 2000 214 consid. 3a). Les mesures d'instruction d'office nécessaires à l'examen de la demande de prestations au sens de l'article 43 LPGA ne comportent pas le droit de l'assureur de recueillir un deuxième avis (« second opinion ») sur un état de fait déjà constaté dans une expertise, lorsque celui-ci ne lui convient pas. Cette possibilité n'est pas non plus ouverte à la personne assurée. Il ne s'agit pas ici de remettre en question la pertinence d'une mesure médicale en requérant une seconde appréciation mais bien de décider quelles démarches doivent être entreprises afin d'établir les faits déterminants au degré de preuve exigé. La nécessité d'administrer une nouvelle expertise résulte de la question de savoir si celle qui se trouve déjà au dossier remplit les exigences de forme et de fond posées pour la valeur probante d'une expertise médicale (arrêt du Tribunal fédéral U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 et les références). De nouvelles exigences d'instruction pour les atteintes psychosomatiques ont été développées par le Tribunal fédéral dans son arrêt 9C_492/2014 du 3 juin 2015 paru aux ATF 141 V 281. En substance, selon cet arrêt, la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle ces atteintes pouvaient être surmontées en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible, a été abandonnée. Désormais, la capacité de travail réellement exigible de la personne concernée doit être évaluée, sur la base des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée au moyen d'un catalogue d'indicateurs relevant de deux catégories, celle du degré de gravité fonctionnelle de l'atteinte à la santé et celle de la cohérence du point de vue du comportement de la personne assurée. 2.2 En l'occurrence, bien qu'il ait mentionné à certaines reprises - notamment dans ses objections du 20 septembre 2016, son mémoire de recours du 14 novembre 2016 ainsi que ses écritures judiciaires des 25 janvier, 9 février, 20 février et 12 avril 2017 - la nécessité d'une expertise éventuellement pluridisciplinaire, X_____ a en fait sollicité la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire. Dans lesdites objections, mais aussi et surtout dans son mémoire de recours, l'assuré a en effet

clairement estimé qu'une expertise somatique indépendante s'imposait en sus de l'expertise psychiatrique déjà confiée au Dr S_____, à laquelle il a d'ailleurs indiqué ne pas s'opposer ni quant à la spécialité, ni quant à la personne de l'expert.

- 18 - De plus, le recourant n'a jamais énoncé les trois disciplines médicales au minimum propres à constituer une expertise pluridisciplinaire. Outre l'organisation de l'expertise psychiatrique qu'il n'a pas contestée et la demande implicite d'une nouvelle expertise rhumatologique, il n'a jamais prétendu, à raison, que sa situation médicale exigeait l'établissement d'un rapport d'expertise par un spécialiste en orthopédie et/ou en neurologie. A cet égard, il sied de rappeler en effet que plusieurs expertises orthopédiques avaient déjà été effectuées, les 23 mai 2008, 9 juin 2009 et 6 janvier 2010 par les Drs C_____, F_____ et G_____ respectivement, que ces expertises se justifiaient principalement par des gonalgies surtout gauches qui n'étaient plus au premier plan lors de la nouvelle demande de prestations AI du 16 novembre 2014, que, selon les informations données le 29 septembre 2015 au Dr R_____ par l'assuré, le neurologue consulté à la fin de l'année 2013 à Sierre avait pu écarter un syndrome de tunnel carpien à l'origine des symptômes neuro-paresthésiques touchant le membre supérieur droit au profit d'un problème plutôt d'ordre cervical et que le Dr P_____, neurochirurgien ayant pratiqué la discectomie en C5-C6 et C6- C7 le 2 octobre 2014, avait prévu une reprise du travail à 50% dès le 15 février 2015, avant que le médecin traitant ne fixât une nouvelle fois, dans son rapport du 9 juillet 2015 à E_____ SA, l'incapacité de travail à 100% dès le 1er avril 2015, en raison de l'augmentation des douleurs lombaires. Or, c'est uniquement dans les cas où l'office AI compétent opte pour une expertise bidisciplinaire voire monodisciplinaire et non pour une expertise pluridisciplinaire attribuable uniquement de manière aléatoire qu'il est alors tenu, conformément aux injonctions de l'ATF 139 V 349, de chercher un accord avec la personne assurée. Cette obligation de tenter de parvenir à un consensus ne s'applique pas lorsque dit office projette de mettre en œuvre une expertise monodisciplinaire et que la personne assurée, sans d'ailleurs contester la spécialité choisie pour cette expertise, requiert l'organisation d'une expertise bidisciplinaire comportant une seconde discipline médicale. En l'espèce, l'intimé n'avait donc pas à suivre la procédure consensuelle développée aux chiffres 2083 et 2084 de la CPAI, ce d'autant plus que, comme il l'a rappelé à juste titre dans sa réponse du 20 décembre 2016, le recourant l'avait sommé, dans ses objections des 20 septembre et 6 octobre 2016, de prononcer une décision dans un unique délai de dix jours à compter de cette dernière date, en cas de refus de diligenter une expertise somatique. L'Office AI a déféré à cette mise en demeure en rendant la décision incidente du 12 octobre suivant.

- 19 - De toute manière, à supposer que les modalités spécifiques d'attribution d'expertises médicales monodisciplinaires ou bidisciplinaires fussent tout de même applicables à la présente procédure administrative, il ne se justifiait pas d'y recourir car, comme également souligné à juste titre par l'Office AI dans sa duplique du 24 janvier 2017, l'objection soulevée par l'assuré n'était pas admissible. Il apparaît en effet que le rapport d'expertise rhumatologique établi le 30 septembre 2015 par le Dr R_____ répond pleinement aux exigences jurisprudentielles posées pour la valeur probante d'une appréciation médicale. Ce spécialiste en rhumatologie, médecine interne et médecine du sport a d'abord présenté en détail l'anamnèse (antécédents familiaux et personnels, affections actuelles, anamnèse systématique, anamnèse socio-professionnelle), les plaintes subjectives de l'assuré, les constatations objectives en particulier au niveau ostéo-articulaire et les examens

radiologiques à sa disposition. Il a ensuite posé des diagnostics, apprécié le cas de manière claire, cohérente et motivée et répondu aux questions posées. C'est de façon tout aussi convaincante que le Dr R_____, dans son courrier du 7 mars 2016 à l'attention de E_____ SA, puis le Dr U_____ du SMR - également spécialiste en rhumatologie, médecine physique et réhabilitation -, dans son avis du 25 juillet 2016, ont estimé que la lettre du Dr D_____ du 28 janvier 2016 ne comportait aucun élément ostéo-articulaire établissant objectivement une aggravation de l'état de santé, susceptible de modifier les diagnostics et la capacité de travail retenus dans le rapport d'expertise du 30 septembre précédent. D'un point de vue somatique, le Dr D_____ a rapporté dans cette lettre des cervicalgies sur trouble somatoforme douloureux malgré la pose de deux prothèses discales, des lombalgies importantes sur hernie discale, des coxarthroses et des gonarthroses. Or, dans son rapport d'expertise, le Dr R_____ a aussi posé les diagnostics de cervico-brachialgies, de lombo- sciatalgies, de troubles disco-dégénératifs du rachis lombaire ainsi que de discectomie et prothèse discale de C5-C6 et C6-C7 le 2 octobre 2014. Il n'a toutefois pas retenu un syndrome douloureux chronicisé chez un assuré relativement actif physiquement, pratiquant encore le fitness, la gymnastique et la marche, ne prenant aucune médication antalgique majeure hormis du Dafalgan® en réserve et n'ayant aucune restriction médicale pour la conduite d'un véhicule. L'examen d'expertise a permis de vérifier enfin la normalité de la fonction des hanches et des genoux, puisque les réflexes ostéo-tendineux étaient vifs et symétriques et qu'il n'y avait pas de limitation manifeste de la mobilité tronculaire, ni d'altération de la force et de la mobilité des grosses comme des petites articulations périphériques, ni d'arthrite, ni de synovite, ni de syndrome irritatif des membres, ni de trouble de la sensibilité. Il sied de préciser

- 20 - dans ce contexte que lors des trois expertises orthopédiques mentionnées plus haut, les lésions méniscales des deux genoux, le syndrome irritatif L5 et peut-être aussi S1 du membre inférieur gauche ainsi que les troubles dégénératifs débutants modérés des deux hanches, un peu plus marqués à gauche, avaient déjà été mis en évidence et, au demeurant, jugés sans influence sur la capacité de travail dans une activité adaptée telle que celle d'employé de commerce par les Drs C_____ et G_____. C'est finalement en vain que dans ses écritures des 14 novembre 2016, 10 janvier 2017 et 9 février suivant, le recourant a dénié toute valeur probante au rapport d'expertise du Dr R_____, allégué une aggravation de son état de santé physique depuis cette expertise et interprété en sa faveur la teneur du courrier de E_____ SA du 17 mai 2016. A l'instar de la remarque formulée par l'intimé dans sa réponse du 20 décembre 2016, il ressort sans l'ombre d'un doute dudit courrier que cette assurance ne s'est nullement écartée des conclusions probantes du Dr R_____ au sujet de l'état de santé physique de l'assuré et de la capacité de travail résiduelle de celui-ci mais qu'elle a simplement estimé plus commode, compte tenu d'un éventuel trouble d'ordre psychique et du terme proche des prestations, de renoncer à mettre en œuvre une expertise psychiatrique dont le rapport aurait été établi après l'échéance du droit aux prestations et d'indemniser X_____ en plein du 1er janvier au 6 juin 2016, date de cette échéance. Il s'ensuit que l'objection soulevée le 20 septembre 2016 par l'assuré au sujet de la mise en œuvre d'une seule expertise psychiatrique avait pour but de faire recueillir un deuxième avis rhumatologique (« second opinion »), parce que les conclusions probantes et convaincantes de la première expertise établie dans cette même spécialité ne convenaient pas à celui-ci. A la lumière de l'arrêt précité U 571/06, une telle objection n'est en aucun cas admissible. Certes, le recourant a successivement transmis céans, les 25 janvier puis 12 avril 2017, les rapports établis les 18

janvier et 6 avril 2017 par le Prof. V_____. Dans son premier compte-rendu, ce rhumatologue a mentionné le diagnostic de probable fibromyalgie selon les anciens critères, après avoir mis en évidence treize points de fibromyalgie sur dix-huit. Dans son second avis adressé au conseil de X_____, ce même spécialiste, sans avoir réexaminé l'assuré, a posé de manière certaine le diagnostic de fibromyalgie selon les critères les plus récents, sur la base du résultat de vingt-six critères remplis sur trente-et-un. Il convient de rappeler dans ce contexte que le Dr J_____, dans son rapport d'expertise psychiatrique du 27 avril 2010, a

- 21 - souligné l'absence d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux, que le Dr R_____ n'a pas constaté de signe de non-organicité de la douleur selon Waddell ni de points positifs de contrôle de la fibromyalgie (pièce 373-6) et que lors de l'examen d'expertise psychiatrique du 5 décembre 2016, le Dr S_____ n'a pas noté d'indices en faveur d'un trouble somatoforme douloureux. Quoi qu'il en soit, si le diagnostic de fibromyalgie peut effectivement être posé par un spécialiste en rhumatologie, l'ancienne jurisprudence relative à ce type d'affection exigeait déjà le concours d'un médecin psychiatre, étant donné l'influence décisive des facteurs psychosomatiques sur le développement de cette atteinte à la santé, et préconisait la mise en œuvre d'une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques (ATF 132 V 65 consid. 4.3 et la référence aux ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 396 consid. 5.3.2). Les nouvelles exigences d'instruction pour les atteintes psychosomatiques développées dans l'ATF 141 V 281 comportent désormais un catalogue d'indicateurs qui doit être soumis à l'expert psychiatre, afin que celui-ci puisse évaluer la capacité de travail réellement exigible d'une personne souffrant d'une telle atteinte. Les questions idoines ont d'ailleurs été posées au Dr S_____ qui a précisé, au début de son rapport d'expertise du 9 mars 2017, avoir bien eu connaissance du courrier adressé le 9 novembre 2016 par la Dresse T_____ à E_____ SA. En conséquence, si tant est que l'Office AI considère le diagnostic de fibromyalgie comme posé à satisfaction de droit selon ces nouvelles exigences, il lui appartiendra alors, dans sa décision relative au droit aux prestations de l'assurance-invalidité, d'en déterminer l'impact sur la capacité de travail à la lumière des réponses du Dr S_____. Au vu de ce qui précède, le recours, formé contre la décision incidente du 12 octobre 2016 rejetant l'objection formulée par X_____ les 20 septembre et 6 octobre précédents et maintenant le mandat d'expertise confié le 1er septembre 2016 au Dr S_____, est rejeté et cette décision confirmée. La voie de recours habituelle a été indiquée au bas du présent jugement. Dans la mesure toutefois où l'objet du litige porte sur une objection de nature matérielle et non formelle telle qu'une demande de récusation au sens l'article 92 alinéa 1 LTF, un recours auprès du Tribunal fédéral serait, conformément à ce qui a été jugé aux considérants 3.2 et 4 de l'ATF 138 V 271, déclaré irrecevable. 3. Compte tenu de l'issue du litige, la Cour ne se prononcera pas sur la conclusion du recours visant à la constatation de la violation par l'intimé de l'article 29 de la

- 22 - Constitution fédérale et du principe de célérité de la procédure. Outre le fait qu'une telle conclusion en constatation n'est en principe pas admissible en tant que telle, il a été jugé ci-dessus que l'Office AI n'était pas tenu en l'espèce de recourir à la procédure consensuelle d'attribution d'expertises médicales monodisciplinaires ou bidisciplinaires. La Cour ne voit donc pas en quoi le droit d'être entendu de l'assuré ainsi que le droit de celui-ci à une procédure équitable auraient été violés dans le cadre de la phase d'instruction

et de décision administratives du cas. L'intimé n'a pas non plus contrevenu au principe de célérité de la procédure puisque, contrairement à ce qu'à prétendu le recourant dans son mémoire du 14 novembre 2016, E_____ SA n'était nullement revenue sur sa prise de position initiale en mai 2016. De surcroît, l'Office AI a donné suite, le 12 octobre 2016, à la demande de prononcé d'une décision formelle relative à la seule expertise psychiatrique confiée au Dr S_____, telle que l'assuré l'avait formulée le 20 septembre précédent puis réitérée le 6 octobre 2016, en fixant à l'Office AI un unique délai de dix jours pour ce faire. La conclusion en constat d'un prétendu retard injustifié dans le traitement administratif du présent cas est d'autant plus infondée qu'une voie de recours spécifique, non utilisée par l'assuré, est prévue par l'article 56 alinéa 2 LPGA. Il apparaît d'ailleurs malvenu, de la part du recourant, de se plaindre du non-respect par l'office intimé du principe de célérité de la procédure alors que lui-même a multiplié les écritures judiciaires, dont la dernière a été déposée hors délai, dans la présente cause où, compte tenu de son caractère incident, l'ordonnance du 22 décembre 2016 avait annoncé un seul échange d'écritures. 4.1 En dérogation à l'article 61 lettre a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs (art. 69 al. 1bis LAI). Il en va de même, en application de l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_905/2007 du 15 avril 2008, dans les procédures incidentes relatives à des procédures principales à caractère onéreux. Les frais de justice, finalement arrêtés à 500 francs en raison de l'invocation par le recourant, dans son courrier du 26 décembre 2016, de son droit à répliquer, sont mis à la charge de celui-ci qui succombe (art. 1 al. 2, 81bis al. 2 et 89 al. 1 LPJA). En sus de l'avance de 200 francs payée le 22 novembre 2016, X_____ s'acquittera donc encore de frais de justice de 300 francs.

- 23 - 4.2 Eu égard à l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Prononce

1. Le recours est rejeté. 2. Les frais, arrêtés à 500 francs, sont mis à la charge de X_____. 3. Il n'est pas alloué de dépens.

Sion, le 19 mai 2017

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