

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3930/2007

ATAS/606/2009

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

du 14 mai 2009

Chambre 3

En la cause

Madame L _____, domiciliée au LIGNON

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de
Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente, Violaine LANDRY-ORSAT et Christine
LUZZATTO, Juges assesseurs.**

ATTENDU EN FAIT

Que Madame L_____ a déposé en date du 27 février 2006 une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (OCAI);

Qu'interrogé, son dernier employeur, le Service des mesures cantonales, a indiqué qu'elle avait été licenciée en octobre 2005 pour "faute comportementale", précisant par ailleurs que l'intéressée avait déjà fait l'objet de deux licenciements par le passé pour des problèmes de comportement;

Que dans un bref rapport daté du 28 août 2006, la Doctoresse A_____, spécialiste FMH en médecine générale, a posé les diagnostics de dépression chronique et somatisation et conclu à une incapacité de travail totale depuis le 1er novembre 2005; que le médecin a joint à son rapport une annexe rédigée par Monsieur M_____ - lequel n'est pas médecin - dans lequel ce dernier, après une brève anamnèse, affirmait en substance avoir constaté objectivement une émotivité, une passivité, une perte de confiance, une anxiété et des insomnies;

Que dans un avis du 13 février 2007, le Docteur B_____, du service médical régional AI (SMR), a constaté d'une part, que si la Doctoresse C_____ avait posé le diagnostic de dépression chronique et somatisation, les renseignements fournis étaient insuffisants pour évaluer les limitations fonctionnelles et leur incidence sur sa capacité de travail et, d'autre part, qu'aucun psychiatre ne s'était prononcé, raison pour laquelle le médecin a préconisé que soit mise sur pied une expertise psychiatrique;

Que par courrier du 15 juin 2007, l'OCAI a informé l'assurée qu'il était nécessaire de procéder à une expertise médicale qui serait confiée au Docteur D_____, à Lausanne;

Que ce dernier a pris contact avec l'assurée en date du 21 juin 2007 et lui a fixé quatre rendez-vous en lui demandant de prendre contact avec son secrétariat si les dates proposées ne lui convenaient pas;

Que l'assurée ne s'est pas présentée aux deux premiers rendez-vous;

Qu'elle ne s'est pas non plus excusée;

Que par courrier du 2 août 2007, l'OCAI en a pris acte et a enjoint à l'assurée de se présenter au rendez-vous suivant, fixé le 20 août 2007, en lui rappelant que si elle refusait de manière inexcusable de se conformer à son obligation de collaborer, il

pourrait se prononcer en l'état du dossier et qu'elle devrait alors s'attendre à ce que sa demande soit rejetée;

Que par décision du 24 septembre 2007, l'Office - statuant en l'état du dossier après avoir constaté que l'assurée ne s'était pas présentée au cabinet du médecin comme elle en avait été priée - a rejeté la demande de prestations;

Que par courrier du 16 octobre 2007, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en alléguant que si elle n'avait pu se rendre chez l'expert, c'était parce qu'elle était très affectée par le décès récent de sa grand-mère;

Qu'invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 12 novembre 2007, a conclu au rejet du recours en relevant que l'assurée, à deux reprises, avait négligé de se présenter au rendez-vous fixé chez le médecin, sans s'excuser, alors même que son attention avait été attirée sur les conséquences d'un manque de collaboration de sa part;

Qu'une audience de comparution personnelle s'est tenue devant le Tribunal de céans en date du 28 février 2008 au cours de laquelle la recourante a expliqué être suivie régulièrement par un psychologue, Monsieur M_____; qu'elle a allégué par ailleurs que si elle ne s'était pas rendue aux rendez-vous qui lui avaient été fixés, c'est parce qu'elle avait la phobie du train et qu'elle avait traversé une période difficile à la suite du décès de sa grand-mère;

Que Monsieur M_____, entendu par le Tribunal de céans en date du 11 avril 2008, a indiqué que selon lui, l'assurée souffrait de troubles de la personnalité à traits de dépendance, de dépression chronique avec symptômes psychotiques, d'état confusionnel et de traits phobiques assez sérieux; qu'il n'a en revanche guère motivé ces diagnostics;

Qu'en date du 31 juillet 2008, après avoir informé les parties et leur avoir communiqué les questions qu'il avait l'intention de poser, le Tribunal de céans a ordonné une expertise psychiatrique qu'il a confiée au Dr E_____, spécialiste FMH en psychiatrie (ATAS/ 841/2008);

Que l'expert a rendu son rapport en date du 5 février 2009, sur la base du dossier de l'OCAI, de trois entretiens avec l'assurée et d'entretiens téléphoniques avec le psychologue, le médecin traitant et l'assistante sociale de l'intéressée;

Qu'après avoir procédé à une anamnèse détaillée, l'expert a posé le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile type impulsif (F60.3), justifié par la labilité des émotions, un sentiment proche de la persécution, la difficulté à supporter un cadre et l'intolérance aux frustrations observés chez la patiente; qu'en revanche, l'expert

a considéré que le tableau clinique n'évoquait pas de phobie de l'avion ou du train, mais plutôt des crises d'angoisse survenant dans des situations nouvelles ou inhabituelles; que l'expert a expliqué à cet égard qu'un patient souffrant de phobie des avions ou des trains serait angoissé à chaque fois lorsqu'il recourt à ces moyens de transport, ce qui n'était pas le cas de l'assurée, dont il a par ailleurs relevé que les propos se contredisaient par moment et manquaient de sincérité; qu'en l'absence de trouble psychotique, l'expert a estimé que la manière de répondre aux questions de l'assurée évoquait en premier lieu une tentative de masquer ou d'omettre de dire les véritables raisons de son manque de collaboration; que l'expert a par ailleurs considéré que les diagnostics psychiatriques retenus par le psychologue et le médecin traitant de l'assurée manquaient de précision; qu'il a expliqué ne pouvoir retenir le diagnostic de retard mental puisque l'expertisée avait réussi son apprentissage et travaillé comme secrétaire de direction, ce qu'un retard mental ne lui aurait pas permis; que l'expert a fait remarquer par ailleurs que l'aspect dépendant de la personnalité évoqué par le psychologue de l'assurée fait partie du trouble de la personnalité émotionnellement labile, mais n'est pas suffisant pour expliquer le manque de collaboration de l'intéressée;

Qu'invité à se déterminer, l'intimé, par écriture du 1^{er} avril 2009, se référant aux conclusions du Dr E_____, a conclu que c'était de manière fautive que l'assurée ne s'était pas pliée à son obligation de collaborer et que c'était dès lors à juste titre qu'il s'était prononcé en l'état du dossier, après avoir rendu l'assurée attentive aux conséquences éventuelles de son refus de collaborer.

CONSIDÉRANT EN DROIT

Que le Tribunal de céans a déjà examiné les questions de sa compétence et de la recevabilité du recours dans son ordonnance du 31 juillet 2008, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir ici;

Que le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'OCAI de statuer en l'état du dossier et de nier le droit de la recourante à toute prestation;

Qu'en vertu de l'art. 43 LPGA, si un assuré refuse de manière inexcusable de se conformer à son obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut - après avoir adressé à l'intéressé une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridique et lui avoir imparti un délai de réflexion convenable - se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière;

Qu'en l'espèce, les conclusions de l'expert psychiatre permettent de déduire que l'attitude désinvolte de la recourante est imputable à sa seule mauvaise volonté et non à un problème psychique;

Que c'est par conséquent à juste titre que l'OCAI a conclu à un défaut de collaboration de sa part;

Que force est de constater qu'en revanche, s'il a opté pour l'entrée en matière et le rejet de la demande de prestations sur la base du dossier - plutôt que pour une clôture pure et simple de l'instruction comme le lui aurait permis l'art. 43 LPGA cité supra -, l'intimé n'a aucunement motivé ce refus de prestations;

Qu'il convient dès lors encore d'examiner si c'est à bon droit que l'intimé, au vu du dossier, a rejeté la demande de la recourante;

Qu'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);

Qu'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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA);

Qu'il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; que ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a; 105 V 207 consid. 2);

Que pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir;

Que 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 incapable de travailler; qu'en outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références);

Que 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; qu'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; que l'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références); que l'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in Revue Suisse des assurances sociales [RSAS] 32/1988 p. 332ss.);

Que, s'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées; Plaidoyer 6/94 p. 67); que le médecin traitant n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile; qu'en principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient; que les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504); que la règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc; RCC 1988 p. 504 consid. 2); que l'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers; qu'il tient compte des affirmations du patient et doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant;

Que, s'agissant par ailleurs des rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret

ne permet de mettre en cause leur bien-fondé; que le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré; que ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés; qu'étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee);

Qu'en l'espèce, le rapport d'examen du Dr E_____ se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique de la recourante, plusieurs entretiens téléphoniques avec son psychologue, son médecin traitant, respectivement son assistante sociale, tient compte des plaintes de l'assurée, a donc été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction;

Qu'il y a donc lieu de lui reconnaître pleine valeur probante et de s'y référer, plutôt qu'aux avis du psychologue et du médecin-traitant de l'assurée, d'autant plus que le Dr E_____ est titulaire d'une spécialisation en psychiatrie, contrairement à Monsieur M_____ et au Dr C_____, et que ces derniers - ainsi que l'a à juste titre relevé l'intimé - n'ont aucunement motivé leurs diagnostics, dont l'expert s'est écarté en expliquant pour quelles raisons de manière convaincante;

Qu'on retiendra donc que, sur le plan psychique, la recourante est atteinte d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif, dont l'expert a jugé qu'il était insuffisant pour expliquer son manque de collaboration, a fortiori pour justifier une diminution de la capacité de travail;

Qu'il suit de ce qui précède qu'il n'est manifestement pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, en statuant sur la base du dossier, que la recourante serait atteinte de troubles de la santé psychique au point d'être limitée dans sa capacité de travail au sens de la jurisprudence citée ci-dessus;

Qu'il ressort de ce qui précède que c'est dès lors à juste titre que l'intimé a d'une part, considéré que l'assurée avait fait preuve d'un défaut de collaboration et, d'autre part, rejeté sa demande de prestations en statuant sur la base du dossier.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

Au fond

1. Rejette le recours.
2. Met un émolument de 800 fr. à la charge de la recourante.
3. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Yaël BENZ

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le