

GE_GERICHTE A/1750/2007 vom 26. Februar 2008

GE Cour de justice, 2008-02-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1750_2007

FR: GE_GERICHTE A/1750/2007 du 26 février 2008

IT: GE_GERICHTE A/1750/2007 del 26 febbraio 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 26.02.2008
A/1750/2007

A/1750/2007 ATAS/219/2008 du 26.02.2008 (AI) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1750/2007 ATAS/219/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 1 du 26 février 2008 En la cause Madame M _____, domiciliée au PETIT-LANCY recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Madame M _____, exerçait l'activité de secrétaire à 50 % auprès de la BANQUE X _____ SA. Elle est en incapacité de travail totale depuis le mois d'août 2000, en raison d'un syndrome cervico-brachial sur troubles dégénératifs cervicaux, d'un syndrome canalaire carpien droit et d'une atteinte myélinique du nerf cubital droit. L'intéressée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) en date du 26 mars 2002, visant à l'octroi d'une rente. Dans le cadre de l'instruction, l'OCAI a requis des renseignements auprès des différents médecins ayant soigné l'intéressée. Dans un rapport du 8 mai 2002, le Dr A _____, ancien chef de clinique adjoint à la division de rhumatologie et médecine physique des Hôpitaux universitaires genevois (ci-après HUG), a confirmé que sa patiente était en arrêt de travail à 100 % depuis le 1^{er} août 2000, pour des brachialgies droites d'étiologies diverses. Les examens pratiqués avaient permis d'objectiver un syndrome canalaire carpien droit, pour lequel elle avait été opérée sans succès, associé à une atteinte myélinique du nerf médian droit aux carpes et du nerf cubital droit au coude. Les différents traitements entrepris n'avaient pas permis d'améliorer la symptomatologie algique et toute reprise du travail s'était soldée par un échec. Le médecin ajoutait qu'un état dépressif réactionnel s'était installé, qui était alors au premier plan, raison pour laquelle une reprise du travail, quelle que soit l'activité, lui paraissait peu probable, à moyen et long terme. Le Dr A _____ a communiqué à l'OCAI les rapports des examens neuromyographique et radiologique, ainsi que divers rapports médicaux, notamment celui que lui avait adressé le Dr B _____, spécialiste FMH en neurologie, en date du 7 mai 2002. Ce dernier relevait que la patiente présentait toujours des douleurs, que les différents antalgiques n'avaient guère d'effet et que les antidépresseurs avaient été refusés jusqu'alors. Il notait une grande fragilité chez cette patiente qui avait vécu des moments difficiles en post-partum avec une hospitalisation à Belle-Idée et des antidépresseurs "qui l'ont complètement défaits" et qui craignait, par une telle approche, de retourner dans l'état dans lequel elle s'était trouvée à l'époque. Le Dr B _____ indiquait avoir expliqué à la patiente qu'un traitement antidépresseur serait peut-être indiqué à but antalgique dans sa situation, avec des doses beaucoup plus faibles que celles prescrites pour une dépression, mais qu'elle montrait une grande réticence pour ce type de traitement. Le Dr C _____, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué

dans un rapport adressé à l'OCAI en date du 17 juillet 2002 que sa patiente présentait des dorso-cervico-brachialgies droites depuis le 1^{er} août 2000, suite à un effort accompli au cours d'une tâche ménagère. Il notait aussi un contexte dépressif important dans le cadre d'un conflit familial. Une intervention chirurgicale lui paraissait la meilleure solution, ainsi qu'un traitement antidépresseur, ce que la patiente refusait. Le pronostic, compte tenu de l'environnement psychologique, lui paraissait mauvais. Le Dr D _____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, a établi un rapport en date du 20 septembre 2002 à l'attention de l'OCAI et posé les diagnostics de polyinsertionite et compression du nerf cubital. Selon lui, l'incapacité de travail était entière depuis le mois d'août 2000 et le pronostic mauvais. Le 26 août 2003, le Dr A _____ A mentionnait que l'état de santé de sa patiente était stationnaire et qu'elle refusait toute prise en charge psychiatrique, mais qu'elle était néanmoins suivie par un psychologue. A son avis, aucune activité professionnelle ne pouvait être reprise; un examen médical complémentaire pourrait toutefois s'avérer nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Questionné à nouveau par l'OCAI, le Dr A _____ A a indiqué dans un rapport du 4 septembre 2004 que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé, avec augmentation de zones de "Trigger point" depuis une année environ, qu'un syndrome fibromyalgique s'était installé et qu'elle devrait pouvoir bénéficier d'un soutien ou d'une prise en charge psychiatrique, ce qu'elle avait toujours refusé. Elle consultait cependant un psychologue. Il ne disposait pas de rapports psychologiques ou psychiatriques. Un examen complémentaire était nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail, sous forme éventuellement d'une évaluation psychiatrique. Sollicité par l'OCAI pour avis, le Service médical régional AI (ci-après SMR), a estimé qu'une expertise psychiatrique était nécessaire et a proposé de mandater la Dresse E _____, spécialiste FMH en psychiatrie, à cet effet. Par courrier du 17 janvier 2005, l'OCAI a informé l'assurée que pour évaluer son droit à des prestations, une expertise était nécessaire et qu'elle serait effectuée par la Dresse E _____. Un délai de dix jours lui a été imparti pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation. Le mandataire de l'assurée a fait savoir à l'OCAI que sa cliente était réticente à se rendre chez l'expert psychiatre. Par courrier du 23 juin 2005, il a confirmé que l'assurée, pour des raisons personnelles, considérait comme infondée, inutile et choquante la décision du médecin conseil de la faire examiner par un médecin psychiatre. Elle avait en conséquence mandaté le Dr F _____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, pour une expertise rhumatologique privée. Du rapport de ce dernier du 31 mai 2005, il résultait que ses douleurs étaient objectivées, d'allure clairement mécanique et plurifactorielle. Les douleurs étaient à mettre sur le compte d'une cervico-brachialgie d'allure irritative sans trouble neurologique certainement en relation avec les troubles dégénératifs cervicaux modérés mis en évidence par le bilan radiologique. Selon l'examen clinique, les articulations vertébrales cervicales postérieures étaient irritées, de manière étagée prédominant en C6-C7. L'irritation des chaînes musculaires était également responsable de douleurs chroniques s'exacerbant lors d'efforts mécaniques. Le diagnostic de syndrome fibromyalgique, réservé à des douleurs des tissus mous sans substrat anatomique identifiable, ne devait dès lors pas être admis dans le cas de sa patiente. En conclusion, selon le Dr F _____, il existait un bon degré de corrélation entre les plaintes intéressant les membres supérieurs et les trouvailles cliniques et radiologiques, en particulier en ce qui concerne les douleurs étagées du membre supérieur droit qui correspondent à des pathologies intriquées (arthrose des articulations vertébrales postérieures, irritation des chaînes musculaires, arthrose acromio-claviculaire). Ces

brachialgies droites avaient sans aucun doute un caractère invalidant tant au repos que lors d'activité de la vie quotidienne. L'assurée a demandé à l'OCAI de transmettre cette expertise à son médecin conseil et d'examiner avec lui s'il maintenait sa recommandation. Le médecin du SMR, le Dr G _____, généraliste, a relevé dans un avis du 23 août 2005 qu'il n'était pas essentiel de savoir s'il s'agissait d'un syndrome fibromyalgique ou d'un trouble somatoforme douloureux dans la mesure où la jurisprudence exige un examen psychiatrique dans les deux cas et a conclu à la nécessité de faire procéder à une expertise psychiatrique. Par décision du 2 septembre 2005, l'OCAI a confirmé qu'une expertise psychiatrique était nécessaire pour déterminer le droit aux prestations de la recourante et qu'elle serait effectuée par la Dresse E _____. L'attention de la recourante était attirée sur le fait que si elle refusait de se soumettre à cette expertise, il rendrait une décision sur la base du dossier en sa possession. La décision, munie des voies de droit, mentionnait qu' "un recours contre la décision incidente n'aura pas d'effet suspensif". Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assurée a interjeté recours le 5 octobre 2005, sollicitant préalablement le rétablissement de l'effet suspensif. Sur le fond, elle invoque l'illicéité de la décision prise par l'OCAI, au motif que compte tenu de son histoire personnelle, il lui est totalement impossible d'accepter de se soumettre à une expertise effectuée par un médecin psychiatre. Elle fait valoir en outre une violation des règles de procédure, dans la mesure où elle n'a pas reçu une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques de son refus de collaborer et lui impartissant un délai de réflexion raisonnable. Par arrêt incident du 5 décembre 2005, le Tribunal de céans a restitué l'effet suspensif et réservé le fond. Constatant que la procédure prévue en cas de refus d'un assuré de se soumettre à une expertise médicale n'avait pas été respectée par l'OCAI, le Tribunal de céans a, par arrêt du 10 mai 2006, annulé la décision de l'OCAI du 2 septembre 2005, celui-ci étant invité à procéder conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA. En date du 19 septembre 2006, l'OCAI a délivré un mandat d'expertise psychiatrique à la Dresse E _____ et a demandé à l'assurée de se soumettre à ladite expertise. Par courrier du 11 octobre 2004 (recte 2006), l'assurée s'est opposée à la mise en œuvre de l'expertise au motif qu'il lui était impossible de s'y soumettre. Les raisons de son refus remontaient aux événements de sa vie personnelle et familiale en 1979 et 1980, en particulier la sévère dépression post-partum qui avait suivi l'accouchement de sa fille qui s'était déroulé avec de graves complications médicales. Elle avait été hospitalisée et gardée contre son gré à la clinique de Belle-Idée. Son internement non volontaire et le traitement qu'elle y avait subi, sa séparation d'avec ses enfants ainsi que la lourde médication qui lui avaient été prescrite avaient été extrêmement mal supportés. Elle avait, depuis lors, développé une peur phobique et incontrôlée des psychiatres ce qui expliquait son refus catégorique de se rendre chez la Dresse E _____ pour expertise. Cette expertise lui apparaissait d'autant plus inacceptable qu'il résultait des rapports de plusieurs médecins, notamment des Drs F _____, A _____, B _____, C _____ et D _____, que ses douleurs étaient d'origine mécanique et qu'elle présentait des troubles physiologiques. Par courrier du 17 octobre 2006, l'OCAI a, après examen des motifs invoqués, considéré que l'expertise psychiatrique était raisonnablement exigible et a mis en demeure l'assurée de se conformer à la décision d'expertise et lui a impartit un délai au 16 novembre 2006 pour prendre contact avec la Dresse E _____ et convenir d'un rendez-vous. L'assurée a été informée qu'en cas de défaut de collaboration de sa part, l'OCAI se verrait dans l'obligation de se prononcer en l'état du dossier ou de clore l'instruction et de ne pas entrer en matière. Elle devait alors s'attendre à ce que la demande de prestation soit rejetée. Par courrier du 24 octobre 2006, l'assurée a rappelé qu'elle n'avait

jamais déposé de demande d'assurance-invalidité pour des problèmes psychiques, qu'une contre-expertise du Dr F _____ avait été soumise à l'OCAI stipulant clairement que les douleurs étaient d'ordre mécanique et invalidantes mais que celui-ci n'avait jamais pris contact ni avec le médecin susnommé ni avec le Dr H _____. Sur le plan exclusivement somatique, le Dr I _____, interniste, du SMR a, dans son avis du 7 novembre 2006, conclu qu'il existait des cervico-brachialgies, avec une image radiologique montrant des altérations dégénératives compatibles avec l'âge, pouvant en partie expliquer les douleurs, ainsi qu'une atteinte du nerf cubital et du nerf radial droits. Le tunnel carpien a été opéré. La zone douloureuse s'étendait au fil des années et évoluait vers un syndrome douloureux chronique. Le médecin reconnaissait l'existence incontestable d'une épine somatique. Il était encore retenu un névrome de Morton du pied droit ayant bien réagi à un traitement non invasif. Chez une assurée de 58 ans présentant des lésions dégénératives en rapport à son âge et une lésion du nerf cubital et radial droite, le SMR a, sur la base des documents en sa possession, indiqué pouvoir statuer sur la capacité de travail de la façon suivante "en tant que secrétaire, la capacité de travail est de 50% au moins. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites ci-dessous, y compris celle de secrétaire si elle y répond, la capacité de travail est de 100% ". Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: soulèvement et port répétitifs de poids de 5 kg pour chaque membre supérieur, position statique de plusieurs heures, activité répétitive avec les bras levés au-dessus de 90 degrés. Ainsi une activité de secrétaire dans laquelle elle ferait des mouvements de la nuque et ne fixerait pas l'écran d'ordinateur de façon constante serait adaptée. En outre, dans le ménage, qu'elle semble exercer à 50%, les empêchements sont uniquement liés aux charges particulièrement lourdes. En conclusion, l'assurée présente un syndrome douloureux chronique, secondaire en partie à des troubles dégénératifs liés à l'âge, en partie à des lésions neurologiques simples, périphériques, n'ayant pas de répercussions majeures sur la capacité de travail dans une activité légère. Dans un projet de décision du 7 février 2007, l'OCAI a indiqué qu'il était dans l'obligation de statuer en l'état du dossier et de constater que la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle de secrétaire était de 100%. La demande de rente devait donc être rejetée. Par courrier du 8 mars 2007, l'assurée a fait valoir que le projet de décision ne faisait aucune allusion au contenu des documents médicaux versés au dossier et que l'OCAI avait dès lors opté pour la deuxième possibilité prévue par l'art. 43 al. 3 LPGA, à savoir la clôture du dossier et le rejet de la demande ce qu'il ne peut faire que lorsque le refus de collaborer est inexcusable et que l'examen du fond de la demande n'est pas possible sur la base du dossier. Elle a précisé qu'elle s'était largement expliquée sur les raisons de son refus et avait fourni nombre de rapports médicaux qui établissent clairement l'origine mécanique des troubles. Par décision du 16 mars 2007, l'OCAI a confirmé le rejet de la demande de rente, considérant que les troubles somatiques présentés par l'assurée n'avaient pas de répercussions majeures sur la capacité de travail dans une activité légère comme celle de secrétaire. En date du 2 mai 2007, l'assurée recourt contre la décision précitée en renvoyant à ses arguments précédents s'agissant de la question du refus de se soumettre à l'expertise psychiatrique et en invoquant la violation du droit d'être entendu s'agissant de la non prise en compte de l'avis du Dr F _____. Elle considère que l'intimé a écarté de manière arbitraire une pièce sur laquelle il aurait dû se déterminer et instruire le dossier sur le plan somatique. Elle précise qu'elle n'avait jamais consulté le Dr F _____ par le passé et qu'elle s'est adressée à lui dans le but d'obtenir l'avis d'un médecin neutre. La décision doit dès lors être annulée pour ce motif déjà. Sur la question du droit à la rente, la recourante relève que l'intimé a procédé

à un examen extrêmement sommaire de son état physique pour conclure à une capacité totale de travail alors que le Dr F_____ a indiqué dans son rapport qu'il n'y avait pas lieu de retenir le diagnostic de syndrome fibromyalgique qui est réservé à des douleurs des tissus mous sans substrat anatomique identifiable et qu'il existait un bon degré de corrélation entre les plaintes intéressant les membres supérieurs et les trouvailles cliniques et radiologiques. La recourante souligne encore que ce médecin avait conclu que les brachialgies droites avaient un caractère invalidant tant au repos que lors des activités de la vie quotidienne. Elle relève en outre que le SMR se prononce sur les activités encore exigibles de manière sommaire, sans justification et sans avoir cherché à savoir quelles étaient ses activités dans le ménage. Compte tenu des douleurs qui l'ont contrainte à l'arrêt complet de travail, elle conclut à l'octroi d'une rente entière et subsidiairement à une rente partielle. Enfin, elle indique que suite à un accident survenu le 10 mars 2007, elle a également des douleurs dans l'épaule, le bras et les côtes gauches. Dans sa détermination du 14 juin 2007, l'intimé relève qu'il avait jugé utile de soumettre l'assurée à une expertise psychiatrique dans la mesure où il ressortait du dossier que la symptomatologie algique de la recourante n'avait pu être améliorée par les divers traitements entrepris, qu'un état dépressif réactionnel avait été constaté, qu'une prise en charge psychiatrique avait été considérée nécessaire mais refusée par l'assurée et qu'un syndrome fibromyalgique avait été mentionné dans le rapport médical du 4 septembre 2004 du Dr A_____. Il rappelle qu'en raison du défaut d'étiologie claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées, la limitation de la capacité de travail est difficilement mesurable et une expertise psychiatrique est en principe nécessaire pour se prononcer sur la capacité de travail. Il constate qu'il n'a pas été possible de déterminer si l'assurée présentait une atteinte à la santé psychique dont le caractère invalidant avait une incidence sur sa capacité de travail puisqu'elle a refusé de se soumettre à une expertise psychiatrique. Par courrier du 27 septembre 2007, le Tribunal de céans demande au Dr F_____ de lui fournir des précisions quant aux incidences des diagnostics posés sur la capacité de travail de sa patiente dans son activité antérieure de secrétaire et dans son activité de ménagère. Le médecin traitant est également invité à préciser quelle autre activité adaptée serait raisonnablement exigible de la recourante. En date du 15 novembre 2007, le Dr J_____ répond que sa patiente présente des limitations fonctionnelles lors du port de charges de manière répétitive de plus de cinq kilos, lors de la posture prolongée du membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale, lors de la flexion antérieure prolongée de la nuque et lors des efforts de préhension soutenue de la main droite. Il précise encore que la cervico-brachialgie entraîne une diminution de sa capacité de travail comme secrétaire, liée à la posture de la nuque et à l'élévation du bras estimée à 30% et retient le même pourcentage dans une activité de ménagère en raison des travaux lourds. S'agissant de la discrète atteinte du nerf cubital droit, ses conséquences sur la capacité de travail comme secrétaire et comme ménagère ne dépassent pas 10%. Enfin, dans une autre activité adaptée de manutention légère, d'huissière ou de réceptionniste, les limitations fonctionnelles entraîneraient le même pourcentage d'activité, la région cervico-brachialgie étant sollicitée dans une même proportion. Il conclut en précisant que la dernière phrase de son rapport de mai 2005 devrait être modifiée en ce sens qu'il ne fait pas de doute que les brachialgies droites ont un caractère limitant (plutôt qu'invalidant) tant au repos que lors des activités de la vie quotidienne. Après communication de ce courrier aux parties, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en

instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période s'étendant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse. Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (cf. ATF 130 V 343). Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 16 mars 2007 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2000, le présent litige sera examiné à la lumière des différentes réglementations conformément au principe précité. En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux, est recevable, conformément à l'art. 60 LPGA. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le taux d'invalidité qu'elle présente. a) 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). 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). 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; 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). b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). a) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une

demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Depuis le 1^{er} janvier 2004, l'échelonnement des rentes selon l'art. 28 al. 1 LAI n'a pas été modifié en tant qu'il concerne le quart et la demi-rente, mais il permet désormais d'octroyer trois-quarts de rente à celui dont le degré d'invalidité atteint 60% au moins, alors que le taux ouvrant droit à une rente entière est passé de 66 2/3% à 70%. b) A titre préalable, il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28 LAI, en corrélation avec les art. 27ss RAI). Le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. c) L'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28 al. 2 ter LAI en corrélation avec les art. 27bis al. 1 et 2 RAI et 8 al. 3 LPGA, ainsi que l'art. 16 LPGA). Ainsi, il faut évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 16 LPGA); on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs. La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 395 consid. 3.3 et les références, 104 V 136 consid. 2a). De même que pour les assurés actifs, l'incapacité de travail selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI des personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel ou n'exerçant pas d'activité lucrative ne se confond pas avec le degré d'invalidité. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels. Dans le cadre de la méthode mixte, il y a lieu de se fonder, par analogie à l'évaluation du degré d'invalidité, sur la moyenne pondérée de l'incapacité de travail dans les deux secteurs d'activités (ATF 130 V 97). 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. 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V consid. 4 et les références). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment 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 (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). S'agissant de la valeur probante 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). 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 (cf. ATF 125 V 195 consid. 2 et les références; voir également les art. 43 et 61 let. c LPGA). 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. L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués. A teneur de l'art. 43 al. 3 LPGA, si l'assuré refuse de manière inexcusable de se conformer à son 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 cependant lui avoir adressé une mise en demeure écrite en l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable. L'art. 43 al. 3 LPGA a, en substance, la même teneur que l'art. 73 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI) qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 et s'appliquait jusqu'à cette date aux obligations de coopération du recourant. Enfin, depuis le 1er janvier 2004, l'art. 73 RAI, applicable en cas de refus de coopérer de l'assuré, est à nouveau applicable et a repris, en substance, la teneur de l'art. 43 al. 3 LPGA. Il prévoit, en particulier, que si l'assuré ne donne pas suite, sans excuse valable, à une demande de renseignements (art. 28 LPGA), l'office peut soit se prononcer en l'état du dossier, après avoir imparti à l'assuré un délai raisonnable avec indication des conséquences du défaut de collaboration, soit suspendre les éclaircissements et renoncer à entrer en matière. Mais l'assureur ne peut se prononcer en l'état du dossier ou refuser d'entrer en matière - le choix de l'une ou l'autre décision dépendra notamment de l'avancement de l'instruction de la cause et de ses conséquences pour l'assuré ou d'éventuels tiers intéressés -, que s'il ne lui est pas possible d'élucider les faits sans difficultés ni complications spéciales, malgré l'absence de collaboration de l'assuré (ATF 108 V 229 ; ATF non publiés du 23 janvier 2007, I 906/05 consid 5.4 et du 24 juin 2003, I 700/02 consid. 2.2). Si l'expertise médicale à laquelle s'est soustrait sans motif valable l'assuré se révèle nécessaire et exigible,

le juge des assurances sociales ne doit examiner que si la décision, rendue conformément aux art. 43 al. 3 LPGA et 73 RAI sur la base de l'état de fait existant (incomplet), était correcte. Il ne se justifie pas - et cela n'a d'ailleurs aucun sens sous l'angle de l'économie de la procédure - d'examiner uniquement le caractère nécessaire ou non de la mesure requise. Soit les preuves recueillies jusqu'alors sont suffisantes pour trancher directement le litige, faisant apparaître comme inutile toute mesure complémentaire d'instruction. Soit le dossier n'est pas suffisamment instruit pour pouvoir statuer en connaissance de cause, justifiant par voie de conséquence le complément d'instruction requis par l'administration. Dans cette hypothèse, le juge ne peut que confirmer le rejet de la demande de prestations prononcé par l'administration, puisque le dossier ne permet pas d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence des conditions du droit à la prestation. Il n'ordonne la mise en œuvre d'une instruction complémentaire que si les faits lui apparaissent insuffisamment élucidés indépendamment de l'expertise en question (cf. RAMA 2001 n° U 414 p. 90 consid. 4b et les références, en liaison avec les ATF non publiés des 25 octobre 2001, I 214/01 consid. 3 et 31 août 2001, U 489/00 consid. 2b). Il convient dès lors d'examiner si le dossier comportait des éléments suffisants pour permettre à l'intimé de statuer en connaissance de cause ou si au contraire il n'était pas suffisamment instruit ce qui justifiait d'ordonner l'expertise psychiatrique à laquelle la recourante s'est soustraite et par voie de conséquence de rejeter la demande de prestations. En d'autres termes, il y a lieu de déterminer si c'est à juste titre que sur la base de l'état de fait existant, l'intimé a rejeté la demande de prestations. La recourante considère que son refus de se soumettre à l'expertise psychiatrique ordonnée était excusable et que les rapports médicaux en mains de l'intimé étaient suffisants pour établir l'origine mécanique de ses troubles et leur caractère invalidant. L'intimé estime quant à lui que les douleurs n'ont pas pu être expliquées de manière exhaustive sur le plan somatique et que l'évocation d'un syndrome fibromyalgique ou d'un trouble somatoforme douloureux par le Dr A_____ rendait nécessaire une expertise psychiatrique de l'intéressée pour pouvoir se prononcer sur la capacité de travail. Il ressort de l'examen des rapports figurant au dossier que tant le Dr A_____, que le Dr B_____ ou le Dr C_____ ont évoqué l'état dépressif de leur patiente nécessitant une prise en charge psychiatrique et un traitement antidépresseur. En particulier, le Dr A_____ indiquait dans son rapport du 4 septembre 2004 qu'un syndrome fibromyalgique s'était installé et que sa patiente devrait pouvoir bénéficier d'un soutien psychiatrique. Il estimait qu'une évaluation psychiatrique était indispensable pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur sa capacité de travail. Ainsi sur le plan psychiatrique, il apparaît évident que le complément d'instruction requis par l'intimé, à savoir la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, était tout à fait justifié et la recourante avait l'obligation d'y donner suite. Que le refus de cette dernière de se soumettre à l'expertise soit excusable ou non n'y change rien dans la mesure où seule une expertise psychiatrique pouvait permettre à l'intimé de statuer sur l'existence ou non d'une atteinte psychiatrique invalidante. En effet, l'intimé ne disposait pas d'éléments suffisants dans le dossier pour pouvoir se déterminer sur les conséquences d'une éventuelle affection psychique sur la capacité de travail de la recourante. Il n'aurait rien tiré non plus des médecins traitants dont aucun n'est titulaire d'un diplôme FMH en psychiatrie; de même qu'un rapport du psychologue qui suit la recourante n'aurait pas non plus été déterminant. En outre, l'évocation d'un syndrome fibromyalgique ou somatoforme douloureux par le Dr A_____ confortait l'intimé dans sa décision puisqu'en présence de tels diagnostics, la jurisprudence exige qu'une expertise psychiatrique soit mise en œuvre. En conséquence,

compte tenu du refus de l'assurée de collaborer à l'instruction et, en l'absence d'éléments suffisants pour statuer sur l'existence d'une atteinte psychiatrique invalidante, l'intimé ne pouvait que constater que les conditions du droit à la rente pour une invalidité fondée sur un trouble somatoforme douloureux, une fibromyalgie ou une autre atteinte psychiatrique n'étaient pas réalisées, ce que ne prétend d'ailleurs pas la recourante. Cela étant, si l'assurée se montre par la suite disposée à collaborer à l'instruction et à se soumettre aux mesures nécessaires à celle-ci, il lui est loisible de saisir à nouveau l'administration d'une demande de prestations. Celle-ci devra rendre une nouvelle décision, si les nouveaux éléments recueillis sont de nature à justifier une appréciation différente de la situation. Reste à examiner si les troubles somatiques dont souffre la recourante justifient, à eux seuls, comme elle le soutient, l'octroi d'une rente d'invalidité. A cet égard, il n'est pas contesté que la recourante présente des atteintes somatiques engendrant d'importantes douleurs. En particulier, les Drs A_____, B_____, C_____, de même que le médecin du SMR le Dr I_____, ont posé les diagnostics de dorso-cervico-brachialgies droites sur troubles dégénératifs cervicaux et de syndrome canalaire carpien, associé à une atteinte myélinique des nerfs médian et cubital. Le Dr D_____ posait lui le diagnostic de polyinsertionite et compression du nerf cubital avec une incapacité de travail entière. La réalité d'atteintes somatiques était confirmée par le Dr F_____ qui précisait, dans son rapport du 31 mai 2005, que les "douleurs étaient clairement d'allure mécanique et plurifactorielle", et par le médecin du SMR, qui constatait qu'il existait "de façon incontestable une épine somatique". Les conclusions de ces derniers différaient en revanche quant à l'existence d'un syndrome fibromyalgique et au caractère invalidant des atteintes somatiques constatées. Le diagnostic de syndrome fibromyalgique devait être, selon le Dr F_____, exclu car il est réservé à des douleurs des tissus mous sans substrat anatomique identifiable, alors que selon le Dr I_____, l'extension de la zone douloureuse confirmait l'évolution vers un syndrome douloureux chronique. S'agissant du caractère invalidant des atteintes, le Dr I_____ a retenu, dans son avis médical du 7 novembre 2006, les limitations fonctionnelles suivantes : soulèvement et port répétitif de poids de cinq kilos pour chaque membre supérieur, position statique de plusieurs heures, activité répétitive avec les bras levés au dessus de 90 degrés. Il a conclu, que dans une activité adaptée à ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail était de 100% et que l'activité de secrétaire en particulier était adaptée à condition de faire des mouvements avec la nuque et de ne pas fixer l'écran de façon constante. Dans le ménage, il retenait seulement des empêchements liés au port de charges particulièrement lourdes. Interpellé par le Tribunal de céans, le Dr F_____ a rappelé que les limitations fonctionnelles étaient présentes lors du port de charges de manière répétitive de plus de cinq kilos, lors de la posture prolongée du membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale, lors de la flexion antérieure prolongée de la nuque et lors des efforts de préhension soutenue de la main droite. Selon son appréciation, la cervico-brachialgie entraînait une diminution de la capacité de travail de la recourante de 30% comme secrétaire et dans une activité de ménagère. En outre, les conséquences de l'atteinte du nerf cubital droit sur la capacité de travail ne dépassaient pas 10% pour les deux activités. Dans une autre activité adaptée, les limitations fonctionnelles entraîneraient à peu de chose près le même pourcentage d'incapacité, la région cervico-brachiale étant sollicitée dans une même mesure. Contrairement au rapport du Dr I_____ du SMR qui se fonde uniquement sur le dossier de la recourante, le rapport d'expertise privée du 31 mai 2005, complété le 15 novembre 2007, du Dr F_____ - mandaté par celle-ci dans le but d'obtenir l'avis d'un

médecin neutre - doit se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence susmentionnée. Il repose en effet sur une anamnèse de l'intéressée effectuée en connaissance de l'intégralité du dossier médical de cette dernière, sur un examen clinique complet, ses conclusions sont motivées, exemptes de contradictions et convaincantes. Il convient par conséquent de s'y référer et de retenir une incapacité de travail de 40% dans l'activité antérieure de secrétaire ou dans une autre activité adaptée. Concernant le statut de la recourante, il sied de relever qu'elle a travaillé à 50% jusqu'au mois d'août 2000 et qu'aucun élément du dossier ne permet de considérer que, sans atteinte à la santé, la recourante n'aurait pas continué à travailler au même taux d'activité. Elle présente donc un statut mixte de personne active à 50 % et s'occupant, pour le surplus, de ses travaux habituels. Il suit de ce qui précède que son taux d'invalidité doit être évalué selon la méthode mixte exposée ci-avant. Or, en pareil cas, il est impératif de procéder à une enquête ménagère sur les empêchements dans le ménage, ce que l'intimé a omis de faire. En conclusion, si l'intimé était autorisé à statuer en l'état du dossier en ce qui concerne les atteintes psychiatriques, il n'en est pas de même des troubles somatiques qui auraient dû faire l'objet d'investigations supplémentaires en ce qui concerne les limitations dans l'accomplissement de ses travaux habituels. Le recours doit être admis et le dossier doit être renvoyé à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants. Vu l'issue du litige, un émolument de 300 fr. sera mis à charge de l'intimé, en application de l'art. 69 al. 1 bis LAI. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement et annule la décision de l'OCAI du 16 mars 2007. Renvoie la cause à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. Met un émolument de 300 fr. à la charge de l'intimé. 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 Marie-Louise QUELOZ La Présidente Doris WANGELER La greffière-juriste : Catherine VERNIER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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