Tribunale federale
Tribunal federal

{T 7}
I 906/05

Arrêt du 23 janvier 2007
IIe Cour de droit social

Composition
MM. les Juges Lustenberger, Juge présidant,
Ferrari et Seiler.
Greffier: M. Piguet.

Parties
Office cantonal AI Genève, 97, rue de Lyon, 1203 Genève, recourant,

contre

B._____, intimée, représentée par Christine Bulliard, Forum Santé, boulevard Helvétique 27, 1207 Genève.

Objet
Assurance-invalidité,

recours de droit administratif contre le jugement du Tribunal cantonal des assurances sociales du 26 octobre 2005.

Faits:
A.
B._____, née en 1968, travaillait en qualité de femme de chambre à l'hôtel R._____, à E._____. Le 2 septembre 1998, elle a fait une chute sur son lieu de travail qui lui a occasionné d'importantes douleurs à la nuque et des céphalées. Une tentative de reprise du travail au début du mois de novembre 1998 a échoué après deux semaines. Reconnue totalement incapable de travailler pour cause de maladie depuis le 20 novembre 1998, elle n'a plus repris d'activité lucrative depuis lors.
A la suite de cet accident, B._____ a également développé un état dépressif qui l'a amenée à consulter à partir du 4 janvier 1999 le docteur V._____, spécialiste en psychiatrie (rapports des 17 février, 14 juillet et 2 octobre 1999 et 12 juillet 2000). La Caisse Vaudoise, assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur, a mandaté le docteur N._____ afin qu'il réalise une expertise psychiatrique. Dans un rapport du 29 avril 1999, ce médecin a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et de syndrome douloureux somatoforme persistant. Ces atteintes survenaient dans un contexte de tensions professionnelles et un climat familial tendu en raison de la guerre régnant dans son pays d'origine. La capacité de travail était pour le moment nulle.
Le 11 février 2000, B._____ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: l'office AI). Après avoir recueilli le dossier médical constitué par la Caisse Vaudoise et consulté son service médical, l'office AI a, par décision du 3 novembre 2000, rejeté la demande de prestations, motif pris que l'atteinte à la santé, causée par le surmenage, n'avait pas valeur d'invalidité.
B._____ a recouru contre cette décision devant la Commission cantonale de recours en matière d'AVS/AI (aujourd'hui: Tribunal cantonal des assurances sociales du canton de Genève). Par jugement du 6 mars 2002, cette autorité a admis le recours et renvoyé l'affaire à l'office AI pour complément d'instruction sous forme d'une expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision. L'examen des différents rapports médicaux versés au dossier ne permettait en effet pas de savoir si les affections psychiques dont souffrait l'assurée entraient ou non dans la catégorie des atteintes à la santé psychique à caractère invalidant.
En exécution du jugement précité, l'office AI a confié la mise en oeuvre de l'expertise au Centre d'Observation

Médical de l'Assurance Invalidité (COMAI) de Lausanne. A l'issue de leurs examens, les experts commis ont notamment retenu les diagnostics de schizophrénie indifférenciée et de douleurs chroniques irréductibles avec céphalées et malaises végétatifs. Ils ont expliqué que la détérioration psychiatrique était liée à la présence de symptômes psychotiques (et non aux facteurs extérieurs stressants relevés par les précédents médecins), avec notamment un désinvestissement du monde extérieur, une discordance affective et une défaillance sévère de l'aptitude à s'accorder à l'autre. Au regard de l'ampleur et du caractère envahissant du trouble psychiatrique, la capacité de travail était nulle (rapport du 12 mai 2003).
A réception de l'expertise, l'office AI l'a soumise pour appréciation à son service médical. Celui-ci a notamment relevé que les divers examens psychiatriques et psychologiques avaient été effectués en l'absence de tout traducteur et que les explications quant au diagnostic de schizophrénie indifférenciée étaient pour le moins incompréhensibles. Il a proposé de ne pas tenir compte des conclusions de l'expertise du COMAI.
L'office AI a alors confié au docteur S._____ la réalisation d'une expertise psychiatrique complémentaire. B._____ s'est opposée à cette mesure d'instruction, alléguant que l'expertise réalisée par le COMAI était claire, complète et conforme aux exigences fixées par la jurisprudence (lettre du 11 décembre 2003). Après divers échanges de correspondances, l'office AI a sommé l'assurée, par lettre du 19 mai 2004, de donner suite au rendez-vous qui lui avait été fixé par l'expert et averti qu'à défaut, il se prononcerait en l'état du dossier. B._____ a répondu le 30 mai suivant qu'elle ne se rendrait pas au rendez-vous fixé.
Par décision du 10 novembre 2004, confirmée sur opposition le 20 décembre suivant, l'office AI a rejeté la demande de prestations, motif pris qu'en l'absence de l'expertise psychiatrique complémentaire requise, il n'était pas possible d'examiner les conditions du droit aux prestations, singulièrement le caractère effectivement invalidant de l'atteinte à la santé psychique dont était atteinte l'assurée.
B.
Par jugement du 26 octobre 2005, le Tribunal cantonal des assurances sociales du canton de Genève a admis le recours formé par l'assurée contre la décision sur opposition du 20 décembre 2004 et renvoyé l'affaire à l'office AI pour qu'il rende une décision sur le fond. Il a considéré que la mise en oeuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique n'était pas justifiée, puisque l'expertise réalisée par le COMAI remplissait toutes les conditions pour lui accorder pleine valeur probante.
C.
L'office AI interjette recours de droit administratif contre ce jugement, dont il demande l'annulation.
B._____ conclut au rejet du recours et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, tandis que l'Office fédéral des assurances sociales en propose l'admission.

Considérant en droit:
1.
La loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110) est entrée en vigueur le 1er janvier 2007 (RO 2006 1205, 1242). L'acte attaqué ayant été rendu avant cette date, la procédure reste régie par l'OJ (art. 132 al. 1 LTF; consid. 1.2 de l'arrêt B. du 28 septembre 2006, I 618/06, destiné à la publication au Recueil officiel).
2.
Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le taux d'invalidité à la base de cette prestation. Selon l'art. 132 al. 1 OJ dans sa version selon le ch. III de la loi fédérale du 16 décembre 2005 portant modification de la LAI (en vigueur depuis le 1er juillet 2006), dans une procédure concernant l'octroi ou le refus de prestations d'assurance, le Tribunal fédéral peut aussi examiner l'inopportunité de la décision attaquée et n'est pas lié par la constatation de l'état de fait de l'autorité cantonale de recours. En vertu de l'art. 132 al. 2 OJ, ces dérogations ne sont cependant pas applicables lorsque la décision qui fait l'objet d'un recours concerne les prestations de l'assurance-invalidité. Selon le ch. II let. c de la loi fédérale du 16 décembre 2005, l'ancien droit s'applique aux recours pendants devant le Tribunal fédéral au moment de l'entrée en vigueur de la modification. Dès lors que le recours qui est soumis au Tribunal fédéral était pendant devant lui au 1er juillet 2006, son pouvoir d'examen résulte de l'ancien art. 132 OJ, dont la teneur correspond à celle du nouvel al. 1.
3.
La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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 la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine 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 courant 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 (ATF 129 V 4 consid. 1.2). 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 (voir ATF 130 V 343).

4.

Selon les premiers juges, l'acte visant à soumettre un assuré à une expertise constitue une injonction importante au sens de l'art. 49 al. 1 LPGA et doit revêtir la forme d'une décision. En traitant le cas sous l'angle de l'obligation de collaborer à l'instruction, l'office AI n'a pas respecté le principe de procédure précité, ce qui aurait dû conduire en principe à l'annulation de la décision attaquée. Toutefois, dans la mesure où l'office AI a, dans sa décision sur opposition du 20 décembre 2004, statué sur la question et motivé son point de vue quant à la nécessité de procéder à une expertise psychiatrique, les premiers juges sont, par économie de procédure, entrés en matière. Sur le vu des pièces médicales versées au dossier, ils ont considéré qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions ressortant de l'expertise réalisée par le COMAI, laquelle remplissait les conditions posées par la jurisprudence pour lui reconnaître pleine valeur probante. Les griefs soulevés par le service médical du recourant ne résistaient pas à l'examen. La mise en oeuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique était par conséquent infondée, dès lors que l'office AI était en mesure de se prononcer sur la base d'un dossier complet. Les premiers
juges ont dès lors renvoyé l'affaire à l'office AI, afin qu'il rende une nouvelle décision sur la base du dossier.

5.

5.1 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. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Dans ce contexte, l'administration ou le juge doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier (VSI 1994 p. 220 consid. 4a). Mais le principe inquisitoire 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 (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références).

5.2 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. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). 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; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

5.3 L'acte par lequel l'assureur social ordonne une expertise n'a pas le caractère de décision au sens de l'art. 49 LPGA et intervient sous la forme d'une communication (ATF 132 V 100 consid. 5). En revanche, lorsque l'assuré, dans le cadre des droits conférés par l'art. 44 LPGA, fait valoir des motifs de récusation au sens des art. 36 al. 1 LPGA et 10 PA - dispositions relatives à la récusation des personnes appelées à préparer ou prendre des décisions, applicables mutatis mutandis -, l'administration doit rendre une décision directement soumise à recours (ATF 132 V 106 consid. 6). Une telle décision portant sur la récusation d'un expert peut, ainsi que l'a déjà jugé le Tribunal fédéral, être attaquée séparément par la voie du recours de droit administratif dès lors qu'elle est susceptible de causer un préjudice irréparable (VSI 1998 p. 128, consid. 1 et les références). L'entrée en vigueur de la LPGA n'a apporté à cet égard aucun changement (ATF 132 V 107 consid. 6.3).

5.4 Selon les circonstances, l'assureur social qui se heurte à un refus de collaborer d'une partie peut, après lui avoir imparti un délai pour respecter ses obligations et l'avoir avertie des conséquences de son attitude, se prononcer en l'état du dossier. Le cas échéant, il peut rejeter la demande présentée par cette partie en considérant que les faits dont elle entendait tirer un droit ne sont pas démontrés. Au lieu de se prononcer sur le fond, en l'état du dossier, l'assureur peut également, selon les circonstances, rendre une décision d'irrecevabilité de la demande dont il est saisi. Il ne doit cependant faire usage de cette possibilité qu'avec la plus grande retenue, autrement dit lorsque un examen sur le fond n'est pas possible sur la base du dossier (art 43 al. 3 LPGA et 73 RAI; cf. ATF 108 V 230 consid. 2; voir également, Ueli Kieser, ATSG-Kommentar : Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zurich 2003, n. 41 ad art. 43; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2ème édition 1999, ch. 275; Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zurich 1999, no 229, p. 108 s.; Alfred Maurer, Schweizerisches
Unfallversicherungsrecht, p. 256; Gabriela Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Fribourg 1999, p. 210). Mais l'assureur ne peut se prononcer en l'état du dossier ou refuser d'entrer en matière 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 230 consid. 2; 97 V 176 consid. 3).
6.
Conformément au principe inquisitoire, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quels sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en oeuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction. En tout état de cause, l'assuré n'est pas habilité à requérir une décision formelle afin de faire examiner l'opportunité d'une mesure d'instruction (ATF 132 V 108 consid. 6.5). S'il se soustrait à une telle mesure alors que celle-ci est objectivement et subjectivement exigible (arrêt B. du 25 octobre 2001, I 214/01, consid. 2b), il prend - délibérément - le risque que sa demande de prestations soit rejetée par l'administration, motif pris que les conditions du droit à la prestation ne sont pas, en l'état du dossier, établies au degré de la vraisemblance prépondérante.
En procédure de recours, le juge ne doit alors examiner que si la décision, rendue conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA et 73 RAI sur la base de l'état de fait existant (incomplet), est correcte (arrêts I. du 31 août 2001, U 489/00, consid. 2b et B. du 25 octobre 2001, I 214/01, consid. 3 et les références). 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. Cela étant, si l'assuré se montre par la suite disposé 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.
7.
7.1 Compte tenu de ce qui précède, et dans la mesure où rien n'indique que l'expertise n'était pas exigible de la part de l'assurée, le Tribunal fédéral doit examiner si c'est à juste titre que sur la base de l'état de fait existant, l'office AI a rejeté la demande de prestations de l'assurée.
7.2 En l'espèce, le tableau clinique révèle une problématique de nature essentiellement psychique dont il convient d'examiner le caractère invalidant.
Dans leurs conclusions finales, les experts du COMAI ont conclu à l'absence de capacité résiduelle de travail chez l'assurée en raison de l'importance de l'atteinte à la santé psychique (qui se manifeste notamment par une schizophrénie indifférenciée et des douleurs chroniques irréductibles avec céphalées et malaises végétatifs). La valeur probante de cette expertise a été contestée par le service médical de l'AI. Celui-ci a en particulier mis

en cause les conditions dans lesquelles s'est déroulée l'expertise (absence de traducteur) et le diagnostic de schizophrénie retenu par les experts. Bien que les motifs évoqués par l'office AI et appuyés par l'OFAS soient susceptibles de remettre sérieusement en doute la valeur probante de l'expertise, on peut, en l'espèce, s'abstenir d'examiner plus en détail le bien-fondé de ces reproches. En effet, un examen détaillé de l'ensemble des avis psychiatriques établis durant la procédure permet de mettre en évidence un élément constant, soit l'existence d'un état dépressif sévère (voir en particulier le rapport d'expertise du docteur N._____ du 29 avril 1999, établi pour le compte de l'assureur perte de gain du dernier employeur de l'assurée, ainsi que le rapport médical du docteur
V._____ du 12 juillet 2000). Certes les experts du COMAI ont retenu, au final, le diagnostic - contesté - de schizophrénie indifférenciée. Ils ont cependant précisé que celle-ci était en partie masquée par une symptomatologie dépressive sévère avec idéation suicidaire et risque de passage à l'acte non négligeable, dont les symptômes cliniques étaient évidents.
Au vu de ce qui précède, une expertise psychiatrique complémentaire était en l'occurrence superflue; une étude plus approfondie du dossier médical de la part de l'office AI aurait permis de constater que l'assurée présentait une atteinte à la santé psychique dont le caractère invalidant l'empêche, pour l'heure, d'envisager la reprise d'une activité lucrative (art. 4 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 8 LPGA). L'assurée peut dès lors prétendre une rente entière d'invalidité, dont il convient de fixer la naissance au mois de novembre 1999 (art. 29 al. 1 let. b et 48 al. 2 LAI; ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).
8.
Il résulte de ce qui précède que le recours est mal fondé. En tant qu'il appartenait au tribunal cantonal des assurances de se prononcer matériellement sur le litige (consid. 6), il convient de réformer le jugement cantonal en ce sens que l'assurée a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1er février 1999.
9.
L'assurée obtient gain de cause, de sorte qu'elle peut prétendre des dépens à charge de l'office AI (art. 159 al. 1 OJ). Par ailleurs, la procédure est gratuite, dès lors qu'elle porte sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances (art. 134 OJ).

Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce:
1.
Le recours est rejeté.
2.
Le jugement du Tribunal cantonal des assurances sociales du 26 octobre 2005 est réformé en ce sens que l'assurée a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1er novembre 1999.
3.
Il n'est pas perçu de frais de justice.
4.
L'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Genève versera à l'intimée la somme de 2'000 fr. (y compris la taxe à la valeur ajoutée) à titre de dépens pour l'instance fédérale.
5.
Le présent arrêt sera communiqué aux parties, au Tribunal cantonal des assurances sociales et à l'Office fédéral des assurances sociales.
Lucerne, le 23 janvier 2007
Au nom de la IIe Cour de droit social
du Tribunal fédéral suisse
Le Juge présidant: Le Greffier: