

# **GE\_GERICHTE ATAS/1175/2009 vom 22. September 2009**

GE Cour de justice, 2009-09-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1175\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1175_2009)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1175/2009 du 22 septembre 2009

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1175/2009 del 22 settembre 2009

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La LPGA entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales, s'applique.

### **E. 3**

Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de l'OCAI de supprimer le quart de rente d'invalidité jusque-là octroyé à l'assurée. Dans son recours, celle-ci conclut à « l'octroi d'une demi-rente ». Le Tribunal de céans part de l'idée qu'il s'agit là d'une erreur de plume, l'assurée souhaitant en réalité le maintien du quart de rente confirmé par l'arrêt du 18 mars 2008. Elle se réfère en effet expressément à l'appréciation des experts de la CRR, lesquels considèrent qu'elle présente une incapacité de travail de 40%.

Dans son arrêt du 18 mars 2008, le Tribunal de céans avait rétabli le droit de l'assurée au quart de rente qui lui avait été reconnu dès le 1er avril 1998. Cet arrêt est entré en force de chose jugée. Il s'agit dès lors de déterminer si l'état de santé de l'assurée s'est ou non amélioré depuis.

A/1760/2009 - 6/10 -

### **E. 5**

Selon l'art. 17 al. 1er LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et

les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publiés des 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1 et 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités).

## **E. 6**

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre.

A/1760/2009 - 7/10 - 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 qu'enfin, 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 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C\_773/2007, consid. 2.1). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. 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. 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. 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 351 consid. 3b/ee ; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99). En ce qui concerne les 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

#### **E. 7**

Le Tribunal de céans constate que l'expertise du Dr B \_\_\_\_\_ du 12 décembre 2008, se fonde sur une anamnèse familiale, personnelle, professionnelle et médicale de l'assurée. Le status somatique et psychiatrique est décrit et les plaintes de l'assurée sont prises en considération. L'appréciation de la situation médicale est claire. Le Tribunal de céans s'interroge toutefois sur la valeur probante du rapport d'expertise pour les motifs suivants. L'expert a considéré que l'état de santé de l'assurée n'était pas significativement différent de celui existant en février 2002 et a ainsi conclu que la capacité de travail de l'assurée était de 60% comme retenu par les médecins du COMAI. Or les deux diagnostics qu'avaient posés les médecins du COMAI en février 2002, soit ceux de fibromyalgie et d'état dépressif récurrent moyen, ne sont plus retenus par le Dr B \_\_\_\_\_. Celui-ci en effet a écarté celui de fibromyalgie, en raison de l'absence des points classiquement décrits comme douloureux dans les critères de classification de ce syndrome. Il a constaté que la patiente souffrait de troubles du rachis dorsolombaire qu'il a qualifiés de modérés et a décrit les limitations fonctionnelles suivantes : port de charges au-delà de 10 kg, travaux en flexion et rotation du tronc et possibilité d'alterner les positions. On peut en déduire que dans une activité qui respecterait ces limitations, la capacité de travail est entière. Le Dr B \_\_\_\_\_ ne constate par ailleurs plus d'état dépressif récurrent, mais une dysthymie avec un trouble de la personnalité de type infantile et dépendant. On voit mal que ce diagnostic puisse justifier une incapacité de travail de 40%, d'autant moins que l'expert a précisé que l'assurée ne présentait pas de signes de dépression majeure, mais souffrait de la persistance d'une humeur triste et chronique. Force est ainsi de constater que si les médecins du COMAI d'une part et le Dr B \_\_\_\_\_ d'autre part, ont apprécié de façon similaire le taux d'incapacité de travail le fixant à 40%, ils n'ont en revanche pas retenu les mêmes diagnostics. De ceux constatés par le Dr B \_\_\_\_\_, on ne peut que conclure à l'amélioration de l'état de santé de l'assurée, ce qui motive la révision du quart de rente.

A/1760/2009 - 9/10 - Par conséquent, c'est à juste titre que l'OCAI a supprimé la rente de l'assurée. Aussi le recours doit-il être rejeté, étant toutefois rappelé à l'assurée qu'il lui est loisible de solliciter en tout temps une mesure d'aide au placement auprès de l'OCAI (art. 18 LAI).

A/1760/2009 - 10/10 -

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