

GE_GERICHTE ATAS/189/2009 vom 17. Februar 2009

GE Cour de justice, 2009-02-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_189_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/189/2009 du 17 février 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/189/2009 del 17 febbraio 2009

Erwägungen

E. 1

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.

E. 2

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

E. 3

Le recours a été déposé dans les délai et forme légaux, de sorte qu'il est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

E. 4

La question litigieuse porte sur le point de savoir si l'OCAI était fondé, par décision du 26 septembre 2007, à remplacer la rente entière de l'assurée par un quart de rente.

A/4084/2007 - 15/21 -

E. 5

Selon l'art. 17 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. 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

(ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 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 (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). 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 publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). Le point de savoir si un tel changement 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 régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). A cet égard, un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 129 V 200, consid. 1.2) Une décision de révision vaut également comme base de référence lorsqu'elle a modifié la rente en cours en fixant un nouveau degré d'invalidité (ATF 109 V 262 consid. 4a). A l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5).

E. 6

En ce qui concerne la preuve, 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

A/4084/2007 - 16/21 - 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 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. 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 des interférences

médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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 ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

E. 7

En l'espèce, il y a lieu de comparer l'état de santé de l'assurée au moment de la décision du 23 août 2002 lui octroyant une rente entière d'invalidité et au moment de sa diminution à un quart de rente.

E. 8

Estimant n'être plus en mesure de travailler à mi-temps, l'assurée a, au mois de juin 1998, sollicité que sa demi-rente d'invalidité soit augmentée en rente entière. A la fin de l'année 1998 et au début de l'année 1999, ses médecins traitants avaient notamment posé les diagnostics de fibromyalgie, d'état dépressif sévère, de lombalgies chroniques, de gonalgies droites intermittentes ou encore d'obésité et avaient tous considéré que l'assurée était en totale incapacité de travail pour une durée indéterminée. En revanche, dans le courant de l'année 2002, la Dresse R_____ avait noté que son état thymique s'était amélioré, mais que les

A/4084/2007 - 17/21 - diagnostics de fibromyalgie et d'atteinte dégénérative algique du rachis lombosacré avaient une influence sur sa capacité de travail. Elle avait considéré qu'elle n'allait pouvoir reprendre son activité professionnelle à 50% qu'après la résolution de son problème ostéoarticulaire (atteinte ligamentaire) et après une perte pondérale significative, de sorte que sa capacité de travail devait être réévaluée après une période de six mois à une année. L'OCAI avait ainsi octroyé à l'assurée une rente entière de manière rétroactive depuis le 1er juillet 1998 en raison de problèmes psychiatriques importants ainsi que d'atteintes physiques.

E. 9

La procédure de révision a été ouverte suite à la reprise par l'assurée d'une activité professionnelle pendant deux mois et demi, soit du 14 avril à fin juin 2005. Cette activité n'avait pas pu être prolongée en raison de deux opérations pour une éventration sur cicatrice de by-pass gastrique et de lombalgies. Dans le cadre de la procédure de révision, l'assurée a été soumise à une expertise COMAI. Les diagnostics retenus étaient sur le plan psychiatrique, un trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, en rémission partielle (F33.2) et sur le plan rhumatologique, des cervico-lombo-sciatalgies droites et cure de hernie discale L4-L5 (M54.80) et enfin une cure d'éventration de la ligne médiane avec abdominoplastie sur cicatrice de by-pass gastrique. Bien que les psychiatres aient noté une disparition des idées suicidaires ainsi qu'une amélioration de la thymie, ils ont notamment considéré que le deuxième tentamen médicamenteux à la fin de l'année 2005 témoignait de la limitation des ressources adaptatives de l'assurée et du fait que la situation était

crystallisée d'un point de vue psychiatrique. La pathologie thymique constituait, selon eux, une co-morbidité du trouble somatoforme douloureux. Les experts rhumatologues ont, quant à eux, principalement fixé les limitations fonctionnelles qui concernaient notamment les travaux nécessitant des mouvements en flexion antérieure ou un maintien en position antérieure du tronc ou des ports de charges de plus de 10 kilogrammes, la marche à la descente, les travaux accroupis ou encore les travaux à la chaîne ou encore les positions statiques assise et debout. Les experts ont ainsi conclu que l'assurée avait, d'un point de vue strictement rhumatologique, une capacité de travail de 80% comme aide-infirmière, voire de 100% dans un travail adapté. Cependant, au vu de la fragilité de l'assurée d'un point de vue psychiatrique ainsi que de la persistance du trouble somatoforme douloureux, ils ont considéré qu'elle avait une capacité de travail de 60% sans diminution de rendement dans une profession mieux adaptée que celle d'aide-infirmière, de sorte qu'une formation devait lui être proposée pour lui permettre d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, par exemple en tant qu'infirmière scolaire ou infirmière de recherche.

A/4084/2007 - 18/21 -

E. 10

Ce rapport établi par des spécialistes est basé sur une anamnèse détaillée, prend largement en considération les plaintes de l'assurée et pose des constatations objectives de la situation médicale. Les diagnostics ont été posés de manière limpide, étant précisé que la référence à la CIM-10 (Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement) est exacte lorsqu'elle est retenue par les médecins psychiatres en page 12, soit F33.2, qui correspond au trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, en rémission partielle. Lorsque les diagnostics sont réexposés en page 15, la référence à la CIM-10 (F33.1) est erronée. Il s'agit manifestement d'une erreur de plume, les experts ayant repris le diagnostic posé les psychiatres. En ce qui concerne les conclusions de ce rapport, elles sont également claires et bien motivées. En effet, les experts, se basant sur l'échec de la dernière tentative de travail de l'assurée, expliquent que c'est notamment en raison des problèmes lombaires qu'ils considèrent que l'activité d'aide-infirmière leur paraît trop lourde et indiquent également pour quelle raison l'activité d'infirmière, profession du domaine de la santé, conviendrait à l'assurée. Ce rapport exempt de contradictions ou de jugements de valeur a ainsi a priori pleine valeur probante.

E. 11

Le Tribunal de céans constate que, selon ce rapport d'expertise, c'est surtout d'un point de vue psychiatrique que la situation s'est améliorée. En effet, en 2002, une rente entière avait été octroyée à l'assurée depuis juin 1998 en raison d'un trouble dépressif sévère. Elle avait notamment commis un tentamen médicamenteux grave en 1999, ayant entraîné un coma. Certes, les experts retiennent que l'assurée présente un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, toutefois, celui-ci est en rémission partielle. Ainsi, l'état de santé psychique s'est amélioré. Il sera également remarqué que déjà en 2002, le médecin traitant avait constaté qu'après la résolution de problèmes somatiques dans les six mois à une année, celle-ci serait tout à fait en mesure de reprendre une activité lucrative à 50%, ce qui confirme que l'assurée présenterait bel et bien une capacité de travail de 50% au minimum.

E. 12

L'assurée conteste la valeur probante du rapport d'expertise et considère qu'il y a lieu de suivre les avis concordants de ses médecins traitants. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision

A/4084/2007 - 19/21 - attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5). En l'espèce, bien que les rapports du Dr D_____ du 22 octobre 2007, ceux de la Dresse E_____ de novembre 2007 et juillet 2008, et celui de la Clinique de neurologie du 20 novembre 2007 ont été établis postérieurement à la décision dont est recours, ils portent principalement sur des faits existants lorsque cette décision a été rendue, de sorte qu'il y a lieu de prendre en considération leur contenu. Pour ce qui est en revanche des faits postérieurs, soit notamment ceux retenus dans le rapport du Dr D_____ du 8 août 2008 (syndrome des jambes sans repos notamment), dans les deux rapports du mois de mai 2008 des HUG et dans celui de la Dresse H_____ du 31 juillet 2008 (évolution défavorable sur le plan psychique) ou encore dans les dernières constatations de la Dresse E_____ (arthrose des genoux), la situation devra être réexaminée par l'OCAI pour l'année 2008 pour tenir compte de l'éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assurée. Les Drs D_____ et E_____ ont estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle et posent à peu de chose près les mêmes diagnostics que les experts. Cependant, ces deux médecins ainsi que ceux de la Clinique de neurologie soulignent, que l'assurée souffre également de troubles de l'équilibre avec chutes. De plus, il apparaît qu'elle a commis un tentamen médicamenteux en avril 2007, ce qui ressort notamment du rapport de la Clinique de neurologie. Outre ces troubles de l'équilibre et le tentamen médicamenteux, qui s'est déroulé après les examens des experts COMAI, les rapports des médecins ne sauraient remettre en cause le rapport complet d'expertise. Certes la Dresse E_____ a-t-elle indiqué que l'assurée était allergique à des produits de nettoyage hospitalier et que les limitations fonctionnelles retenues par les experts excluaient l'exercice de la profession d'infirmière, elle n'explicite, toutefois, pas quelles seraient les activités que l'assurée pourrait ou non effectuer en raison de ses limitations fonctionnelles ni celles qu'elle pourrait effectuer en dehors de ce milieu. Quant au Dr D_____, il n'est pas précis lorsqu'il parle d'« incapacité de travail complète probable ». Ces rapports des médecins traitants trop succincts et non suffisamment motivés ne permettent ainsi pas de s'écarter des conclusions du rapport d'expertise rendu par des spécialistes. Le rapport d'expertise COMAI revêt ainsi pleine valeur probante, dans la mesure où il est motivé et établi sur la base de l'état de santé de l'assurée jusqu'aux mois d'avril et mai 2006.

E. 13

Le Tribunal de céans constate cependant qu'en avril 2007, soit avant la décision sur opposition du 26 septembre 2007, l'assurée a commis un nouveau tentamen médicamenteux. Il ne s'agit dès lors pas là d'un fait nouveau dont on ne devrait pas tenir compte dans le cadre du présent litige.

A/4084/2007 - 20/21 - Il y a lieu de rappeler que les deux tentamens médicamenteux survenus en 1999 et en 2005 ont conduit les experts à retenir deux épisodes dépressifs

sévères. Aussi ne peut-on exclure que celui d'avril 2007 puisse avoir une influence sur l'appréciation de l'état de santé psychique de l'assurée et le cas échéant sur sa capacité de travail. Il ne saurait, quoi qu'il en soit, être ignoré. Ces constatations sont ainsi de nature à mettre en doute les conclusions auxquelles parviennent les experts. Force est dès lors de considérer que le dossier n'est pas en l'état d'être jugé. Il sera partant renvoyé à l'OCAI pour instruction complémentaire par les médecins du COMAI, sur l'état de santé psychique de l'assurée et l'influence de celui-ci sur la capacité de travail, et nouvelle décision.

E. 14

L'assurée a également allégué à plusieurs reprises présenter des problèmes d'équilibre depuis son accident survenu en 1985. Ces troubles de l'équilibre, existant déjà avant la décision sur opposition de l'OCAI, n'ont pas pu être objectivés par les examens cliniques effectués et aucun des médecins ne précise quelle est la fréquence réelle des chutes de l'assurée. Lors de l'expertise COMAI, les experts ont remarqué que la station debout était stable et qu'il existait une discrète instabilité à la marche, mais sans boiterie particulière, et n'ont ainsi pas approfondi la question. Or, tant les Dr D_____ et E_____ que les médecins de la Clinique de neurologie s'accordent à dire que l'assurée souffre d'un problème d'équilibre avec chutes, qui doit être pris en compte dans le cadre de sa capacité de travail. Le SMR a, par avis du 6 mai 2008, également estimé qu'il y avait lieu de tenir compte des vertiges occasionnels dans le cadre de la capacité de travail de l'assurée, de sorte que la capacité de travail résiduelle de l'assurée devait être diminuée de 10 à 20%. Le Tribunal considère dès lors que ces troubles devront également être examinés dans le cadre de l'instruction complémentaire, afin que leur implication sur la capacité de travail puisse être déterminée.

E. 15

La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité fixée en l'espèce à 1'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA en corrélation avec l'art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985).

A/4084/2007 - 21/21 -

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