

GE_GERICHTE ATAS/443/2008 vom 16. April 2008

GE Cour de justice, 2008-04-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_443_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/443/2008 du 16 avril 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/443/2008 del 16 aprile 2008

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

Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 3

Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est notablement amélioré depuis la décision d'octroi de rente du 18 juin 1997, au point de justifier la suppression de cette prestation.

E. 4

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). 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, il convient de préciser que 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; voir aussi les art. 87 et 88a du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI), en cas d'amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce changement ne supprime tout ou partie de la rente que si on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de

même si le changement a déjà duré trois mois, sans interruption notable, pour autant qu'aucune complication prochaine ne soit à craindre.

A/3957/2007 - 10/15 - En vertu de l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet au plus tôt le 1er jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

E. 5

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). Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % 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.

E. 6

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). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte

A/3957/2007 - 11/15 - d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de

traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). Les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux sont applicables par analogie à la fibromyalgie.(ATF 132 V 70 consid. 4.1). Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 et les références citées).

E. 7

En l'espèce, l'intimé a estimé, sur la base de l'avis médical de la Dresse H_____, que l'état de santé du recourant s'est amélioré depuis 2003 en ce qui concerne les troubles dépressifs. Il est vrai que le Dr D_____ a diagnostiqué, dans son rapport du 24 octobre 1994, un syndrome dépressif majeur récurrent d'intensité sévère, alors que ce diagnostic n'est plus retenu dans l'expertise interdisciplinaire du Centre d'expertise médicale du 10 décembre 2004. Par ailleurs, si une invalidité a été admise à l'époque, c'est en raison de la sévérité de ce syndrome dépressif, comme cela résulte de l'avis médical du Dr E_____ du 26 février 1997. Il n'en demeure pas moins que tous les médecins traitants et les experts ont considéré que l'état du recourant est resté stationnaire depuis 1997 et qu'il n'y a, dans l'ensemble aucune amélioration, hormis une amélioration de la thymie, mais non pas une rémission complète du trouble dépressif. Au vu des diagnostics psychiatriques posés, une comorbidité grave au sens de la jurisprudence précitée du Tribunal fédéral, ne peut cependant plus être retenue.

A/3957/2007 - 12/15 - Il convient, par conséquent, d'examiner le caractère invalidant de la fibromyalgie à la lumière des critères élaborés par notre Haute Cour. A cet égard, il y a lieu d'admettre que le recourant présente des affections corporelles chroniques et un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable. En effet, depuis des années, il souffre de douleurs dans toutes les articulations, ainsi que de multiples affections annexes, notamment de troubles de l'érection ayant nécessité de multiples interventions. Certes, ces affections ne sont pas invalidantes en soi, mais il ne peut être nié qu'elles doivent affecter à la longue l'état psychique, voire qu'elles participent au trouble psychiatrique. Par ailleurs, un repli sur soi important doit être retenu, dès lors que le recourant ne voit plus ses copains et que ses contacts se limitent à ses enfants, essentiellement sa fille, qu'il voit deux ou trois fois par mois, et à ses médecins. Un important sentiment de solitude est aussi relevé dans le rapport du CTB. Ainsi, même s'il n'y a pas une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, il ne peut être nié qu'elle est importante, s'agissant d'un assuré qui vit seul. A cela s'ajoute que, selon la Dresse G_____, le recourant présente probablement un état psychique cristallisé.

Elle se demande, en effet, si la symptomatologie douloureuse a dû exister pour permettre au recourant de ne pas penser aux autres problèmes du conflit psychique. A cela s'ajoutent des difficultés sexuelles, pour lesquelles il a subi des interventions chirurgicales et un suivi psychothérapeutique au Service de sexologie des HUG. La symptomatologie douloureuse et dépressive est enfin liée à un événement extérieur de la vie, soit le décès accidentel de sa sœur cadette en 1995. Cependant, peu d'informations sont données sur les interactions concrètes de ce vécu avec les troubles somatiques et psychiatriques apparus par la suite. Il convient toutefois de noter que le recourant manque d'introspection, comme cela est relevé dans le rapport du CTB, de sorte qu'il est probablement difficile de comprendre ce qui s'est passé dans le psychisme du recourant à ce moment. Sur la base du rapport du Centre d'expertise médicale et de l'anamnèse, le Tribunal de céans estime néanmoins convaincant qu'un état psychique cristallisé est réalisé selon toute vraisemblance. Il y a également lieu d'admettre que tous les traitements conformes aux règles de l'art ont échoué, y compris les nombreux antidépresseurs introduits depuis 1995, dès lors qu'ils n'ont amélioré que partiellement la thymie. Enfin, il est frappant de voir les demandes très nombreuses d'examens médicaux du recourant, demandes qui n'ont jamais cessé. Ainsi, en plus des consultations auprès de ses médecins traitants, il a été vu le 18 mai 1995 par le Dr Laurent GIRARD, gastroentérologue, qui a procédé à une rectosigmoïdoscopie avec anoscopie, laquelle a permis d'établir une anite hémorroïdaire et une proctite. Le 19 mai 1995, il a été examiné à la consultation de rhinologie de la Policlinique d'oto-rhino- laryngologie et de chirurgie cervico-faciale des HUG, en raison de céphalées frontales récidivantes et de rhinorrhées, et un IRM du massif facial et du cerveau a été réalisé à cette occasion. Le 2 octobre 1995, l'assuré a consulté le Dr Q_____ en raison de séquelles de brûlures à la main gauche survenues à l'âge

A/3957/2007 - 13/15 - d'un an, brûlures qui ont occasionné des syndactylies. Le 22 octobre 1997, le recourant a subi une intervention chirurgicale consistant en une cure chirurgicale de syndactylies de la main gauche avec plastie et greffe de peau. Le 11 mars 1998 a été pratiquée une deuxième opération à la main gauche consistant en une mise en place de quatre greffes. Le 25 août 2000, le Dr K_____ a procédé à une ligature pénienne pour des troubles érectiles sur fuite veineuse. Des examens radiologiques et une échographie de l'épaule droite ont été effectués en avril 2001. En 2002, le recourant a été adressé à la Policlinique de dermatologie, afin d'exclure une infection syphilitique. Dans leurs rapport du 6 novembre 2002, les médecins de cette policlinique ont fait état d'une ancienne syphilis traitée et que le recourant se plaignait de troubles de l'érection, d'un manque de libido et de douleurs dans les voies génitales. En décembre 2002, le recourant s'était soumis à un examen radiologique du thorax. Au printemps 2004, la Dresse M_____ l'a envoyé au Dr F_____ pour son problème rachidien. Le 22 avril 2004, l'assuré a été examiné par le Dr O_____ et en mai 2004, une tomодensitométrie axiale computerisée de l'abdomen supérieur et une échographie de contrôle de la vésicule biliaire ont été pratiquées, à la demande de ce médecin. En mars 2004, le recourant a fait l'objet d'un examen radiologique de la colonne lombaire. L'assuré a été adressé le 11 juin 2004 au Dr S_____, spécialiste en hématologie. En septembre 2004, la Dresse M_____ l'a envoyé au Dr J_____ pour un avis hépatique. En octobre 2005, un examen radiologique des genoux a été pratiqué. En décembre 2005, le Dr K_____ a trouvé une fuite veineuse bilatérale au niveau du pénis. Le 16 mars 2006, il s'est fait examiner par la Dresse T_____, dermatologue, car il s'inquiétait pour quelques lésions cutanées. Le 22 juin 2006, le recourant a consulté de nouveau le Dr O_____ dans le cadre de

rachialgies inflammatoires en augmentation depuis quelques mois, associées à des polyarthralgies des mains, poignets, hanches et genoux. Ce médecin a fait faire des examens radiologiques de la colonne cervicale et de la colonne lombaire, ainsi que des mains. En septembre 2006, le recourant a été envoyé au Service de rhumatologie des HUG, une spondylarthropathie étant suspectée, et il a vu la Dresse U_____ pour une douleur thoracique. Il est également à relever que les plaintes du recourant n'ont pas laissé les experts insensibles, dès lors qu'ils ont estimé qu'il était incapable de travailler à cause des atteintes psychiques. Sur la base de l'ensemble des atteintes somatiques et psychiques du recourant et de l'analyse des critères jurisprudentiels, le Tribunal de céans estime que la fibromyalgie ne pourrait être surmonté en l'occurrence par un effort de volonté, de sorte que son caractère invalidant doit être admis, ainsi que l'ont souligné les experts du Centre d'expertise médicale de Genève. Par conséquent, une amélioration notable de l'état de santé ne saurait être retenue. Les conditions d'une révision matérielle ne sont donc pas réalisées.

A/3957/2007 - 14/15 -

E. 8

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision annulée.

E. 9

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui est octroyée à titre de dépens.

E. 10

L'intimé qui succombe sera condamné à un émolument de justice de 200 fr.

A/3957/2007 - 15/15 -

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