

GE_GERICHTE ATAS/545/2008 vom 7. Mai 2008

GE Cour de justice, 2008-05-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_545_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/545/2008 du 7 mai 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/545/2008 del 7 maggio 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'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale

A/3212/2007 - 10/16 - 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 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

Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

E. 4

Le litige consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a réduit, par voie de revision, la rente du recourant à une demi-rente d'invalidité dès le 1er août 2007.

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. Cette disposition 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). 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). A cet égard, il convient de relever qu'à 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

A/3212/2007 - 11/16 - qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (AT 133 V 108 consid. 5 p.110 ss). Il n'y a toutefois 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 (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 2; ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier : Urs MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in : Schaffhauser/Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15). Conformément à l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une prochaine complication prochaine soit à craindre.

E. 6

Par ailleurs, le principe selon lequel l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force qui n'a pas donné lieu à un jugement sur le fond, lorsque celle-ci est certainement erronée et que sa rectification revêt une importance appréciable, l'emporte sur la procédure de révision. Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 112 V 373 consid. 2c et 390 consid. 1b). La reconsidération est désormais expressément prévue à l'art. 53 LPGA : l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée sur laquelle aucune autorité judiciaire ne s'est prononcée, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zürich 2003, ch. 18 ad art. 53). En outre, par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision formellement passée en

force lorsque sont découverts des

A/3212/2007 - 12/16 - faits nouveaux importants ou de nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits avant, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 127 V 469 consid. 2c et les références, 130 V 349 s. consid. 3.5; SVR 2004 ALV n° 14 p. 43 sv. consid. 3). Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389 sv., 119 V 475 consid. 1b/cc p. 479). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation des faits erronée résultant de l'appréciation des preuves (ATF 117 V 8 consid. 2c p. 17, 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314). Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 n° 28 p. 158 consid. 3c). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (voir l'arrêt P. du 31 janvier 2003, I 559/02). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts U 5/07 du 9 janvier 2008, consid. 5.2, 9C 575/2007 du 18 octobre 2007, consid. 2.2 et I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 2.2).

E. 7

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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 sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

A/3212/2007 - 13/16 - 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). Ainsi, 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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

E. 8

En l'occurrence, il convient de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente du 4 août 1998, avec ceux prévalant lors de la décision litigieuse du 25 juin 2007. a) En 1998, l'intimé s'était fondé sur les rapports médicaux des Dr L _____ et M _____ qui avaient posé les diagnostics de deux discopathies majeures, à savoir une hernie discale L4-L5 médiane et paramédiane, ainsi qu'une rétro- inclinaison lombaire et cyphose dorsale qu'il convenait de traiter dans un premier temps par de la gymnastique et le port d'un corset. Le recourant souffrait en outre d'une lombalgie chronique invalidante sur dégénérescence discale L4-L5 ainsi que de troubles posturaux de la colonne lombaire avec une scoliose à convexité gauche et torsion axiale. Selon le Dr L _____, le recourant ne pouvait plus exercer son activité de maçon, mais des mesures professionnelles étaient indiquées, dans une activité ne nécessitant pas de flexion du tronc à répétition, ni de port de charges

A/3212/2007 - 14/16 - lourdes ou la position debout longtemps. Le médecin-conseil de l'OCAI avait cependant considéré - contrairement à ce que demandait le recourant - que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. b) En procédure de révision, qui a duré de 2000 à 2007, plusieurs médecins et experts ont examiné le recourant et se sont prononcés sur son état de santé. S'agissant des diagnostics, force est de constater une divergence dans les avis médicaux sur la nature des troubles présentés par le recourant. Selon le rapport du médecin traitant du 9 août 2000, l'état de santé du recourant est stationnaire et l'incapacité de travail totale dans son activité de maçon. Il se réfère aux diagnostics évoqués dans son rapport du 5 avril 1997 et mentionne en outre que son patient présente des lombosciatalgies aiguës récidivantes sur hernie discale L4-L5. Le Dr S _____ a observé sur le scanner lombaire du 1er novembre 1999 une hernie discale L4-L5 sans évidence d'empreinte sur les racines émergentes. A l'IRM du 9 septembre 2005, il a diagnostiqué des discopathies L4-L5 et L5-S1 avec dessiccation discal et pincement discal L4-L5, ainsi qu'une protrusion sous-ligamentaire médiane-paramédiane bilatérale, discrète sans aucun conflit décelable. D'autres médecins, à l'instar des Dr V _____, A _____ et B _____, parlent de lombalgies chroniques ou lombosciatalgies non déficitaires, voire de discopathie L4-L5 et

L5-S1 (Dresse R_____). Le Dr O_____, dans son rapport de janvier 2000, n'est pas d'accord avec les radiologues et retient plutôt un débord discal. L'expertise du COMAI, datée du 27 septembre 2002, retient les diagnostics de lombalgies communes sans irritation radiculaire avec protrusion discale L3-L4, L4-L5, tout en admettant n'avoir pas eu en mains l'IRM de 1996, et de syndrome somatoforme persistant douloureux. Selon l'expert rhumatologue, il n'y pas de hernie discale à proprement parler, car l'image de protrusion discale médiane latérale gauche objectivée sur le CT-scan du 29 octobre 1999 n'a pas de signification pathologique certaine. L'expert T_____ ne retient pas non plus le diagnostic de hernie discale, sans pour autant l'explicitier. Selon le COMAI, la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée est de 100 %, du point de vue rhumatologique, alors que le Dr T_____ estime cette capacité de travail à 50 %. Le Tribunal de céans constate que malgré les différences de diagnostics, les médecins ne font pas mention d'une amélioration de l'état de santé sur le plan dorso-lombaire, bien au contraire. En effet, le Dr T_____, en comparant les clichés du rachis lombaire du 28 octobre 1999 et les clichés d'expertise réalisés par lui le 15 août 2006, note l'apparition d'une scoliose lombaire modeste à convexité gauche, sans bascule du bassin et une accentuation notable de la posture du tronc en renversement lombaire. Il fait état également d'une ostéopénie radiologique nécessitant d'accomplir une densitométrie osseuse. Enfin, sur le plan psychique, les experts du COMAI retiennent un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen

A/3212/2007 - 15/16 - stabilisé sous traitement, et un trouble de la personnalité et considèrent que la capacité de travail du recourant est de 50 %, du point de vue psychique, après un temps de réadaptation. Sur le plan strictement médical, le Tribunal de céans constate que l'état de santé du recourant ne s'est pas amélioré et que la capacité de travail résulte d'une appréciation différente des faits, ce qui n'autorise pas la révision. c) Le Tribunal de céans relève toutefois que la première décision d'octroi de rente était manifestement erronée. En effet, l'intimé a fait fi du rapport du médecin traitant; si l'incapacité de travail était totale dans l'activité de maçon, le médecin préconisait des mesures professionnelles, qui étaient indiquées depuis le mois de mai 1996, et précisait que l'activité envisagée devait respecter certaines limitations. L'intimé n'a pas demandé au médecin de se prononcer plus précisément sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, ni instruit davantage. Bien que le recourant n'ait cessé de demander l'octroi de mesures professionnelles, l'intimé s'est borné à prendre acte de l'avis de son médecin-conseil qui a considéré que l'état de santé n'était pas stabilisé et que de telles mesures n'étaient pas indiquées. Il convient en conséquence d'admettre la décision de révision de l'intimé, mais pour le motif substitué que la première décision d'octroi d'une rente entière d'invalidité était manifestement erronée.

Pour le surplus, le Tribunal de céans n'est pas en mesure de statuer. En effet, d'une part, sur le plan médical, il convient de relever que l'instruction n'est pas complète, dès lors que l'expert T_____ a relevé une ostéopénie radiologique nécessitant une densitométrie osseuse. Or, on ignore si cet examen a été fait et, le cas échéant, quels en sont les résultats. D'autre part, les experts rhumatologues ne sont pas d'accord quant à l'appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée (100 % selon le COMAI, 50 % selon le Dr T_____).

En conséquence, la cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire, afin de déterminer exactement quelles sont les atteintes à la santé du recourant et les limitations

qu'elles entraînent. L'instruction devra établir quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée, et quelles sont, le cas échéant, les mesures professionnelles à mettre en œuvre.

E. 9

Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à une participation à ses frais et dépens (art. 89H LPA).

E. 10

Au vu de l'issue du litige, un émolument de 200 fr. est mis à la charge de l'OCAI (art. 69al. 1bis LAI).

A/3212/2007 - 16/16 -

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