

GE_GERICHTE ATAS/616/2010 vom 25. Mai 2010

GE Cour de justice, 2010-05-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_616_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/616/2010 du 25 mai 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/616/2010 del 25 maggio 2010

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

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

E. 3

L'objet du litige porte sur le droit de l'OAI de supprimer le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité.

E. 4

En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). 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

A/4212/2008 - 10/17 - 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). C'est le lieu de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage, principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Il en résulte que le juge ne peut pas se fonder simplement sur le

travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

E. 5

L'entrée en vigueur de la 4^{ème} révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1^{er} janvier 2004 relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3%, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60% et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. Les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4^{ème} révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

E. 6

a) Selon l'art. 17 al. 1 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver la révision de celle-ci. 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; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATFA non publié du 28 décembre 2006, I 520/05). L'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA sur les conditions d'une révision du droit à la rente n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés en ce domaine sous le régime du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, si bien que ceux-ci demeurent applicables (ATF 130 V 349 consid. 3.5). En particulier, savoir si l'on est en présence d'un motif de révision du droit à la rente suppose une modification notable du taux d'invalidité. Le point de savoir si un 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 existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et

A/4212/2008 - 11/17 - 390 consid. 1b). Il convient d'ajouter 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 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 p.110 ss). Il n'y a en revanche 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. 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 MULLER, 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). b) 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. Si l'incapacité de gain d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (cf. art. 88a al. 2 RAI).

E. 7

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261, consid. 4, et la jurisprudence citée).

A/4212/2008 - 12/17 - Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATFA non publié du 21 mars 2006, I 247/05, consid. 1.2). 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 enfin que 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 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre

sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). Il convient également de rappeler que, pour ce qui concerne la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

E. 8

Pour trancher le présent litige, il convient de comparer la situation du recourant telle qu'elle se présentait le 6 octobre 2000, date de la décision initiale d'octroi de la

A/4212/2008 - 13/17 - rente en sa faveur, et celle qui était la sienne au moment de la première décision de suppression de la rente, le 2 avril 2007. En effet, dès lors que la décision du 6 octobre 2000 est entrée en force et qu'elle repose sur un examen matériel du droit à la rente, elle constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une éventuelle modification du degré d'invalidité.

E. 9

Le droit à une rente entière a été reconnu à l'assuré à compter du 1er février 1993, compte tenu d'un taux d'invalidité de 70%. L'assuré présentait alors un status après TCC et fracture pariéto-temporale gauche, suivie d'une paralysie faciale transitoire gauche ainsi que des dorso-lombalgies récidivantes avec cervicobrachialgies gauches chroniques, céphalées et vertiges (Dresse L_____, rapport du 10 mars 1993). Une IRM de la colonne cervicale avait été faite en juin 1992, laquelle avait montré une discrète discarthrose C5-C6 et C6-C7 sans hernie ou protrusion discale (Dr M_____, rapport du 11 novembre 1994). L'OAI avait admis que l'assuré ne pouvait plus exercer ni sa profession antérieure de nettoyeur, ni des activités sérielles dans l'industrie des machines, dès lors qu'il était limité dans l'utilisation du membre supérieur gauche et ne pouvait effectuer de mouvements répétitifs. En 2005, le recourant continuait à se plaindre de douleurs cervicales et lombaires accompagnées de céphalées, de vertiges, de troubles de la concentration et le diagnostic de syndrome douloureux chronique post-traumatique a été posé (Drs O_____, P_____ et Q_____, rapport d'expertise du 5 juillet 2005). En janvier 2006, une IRM de la colonne cervicale a constaté une cervicuncarthrose sévère C5-C6, C6-C7 associée à des rétrécissements du trou de conjugaison, une protrusion discale ostéophyttaire paramédiane droite en C5-C6 et C6-C7 mais sans conflit radiculaire, une dépression des plateaux vertébraux en C7 et D1-D2, des troubles statiques du rachis cervical sous forme d'une scoliose à convexité droite et une diminution de la lordose physiologique (Dr S_____, rapport du 12 janvier 2006). Les experts avaient retenu une capacité de travail de 25% dans une activité légère. S'agissant des troubles de la colonne cervicale, il résulte de ce qui précède que le status s'est modifié dans le sens d'une aggravation. En effet, alors que les lésions radiologiques étaient décrites comme modestes en juin 1992, celles-ci, objectivées par l'IRM du 11 janvier 2006, apparaissent comme étant sévères à cette date. Un syndrome douloureux somatoforme persistant a par ailleurs été diagnostiqué par le Dr R_____ dans son rapport d'expertise du 18 avril 2006, sans qu'il y ait comorbidité

psychiatrique.

E. 10

Par décision du 2 avril 2007, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité jusque-là versée à l'assuré, au motif que sur la base de l'expertise rhumatologique des Drs O _____, P _____ et Q _____ du 5 juillet 2005, et

A/4212/2008 - 14/17 - l'expertise psychiatrique du Dr R _____ du 18 avril 2006, le SMR avait conclu à une capacité de travail entière avec une légère diminution de rendement.

E. 11

Dans son arrêt du 20 novembre 2007, le Tribunal de céans a considéré que la cause n'était pas en état d'être jugée et a renvoyé celle-ci à l'OAI pour instruction complémentaire. Il résulte du rapport d'expertise multidisciplinaire établi par le Centre d'expertise médicale (CEMed) le 3 juillet 2008, que l'assuré peut travailler à 100% comme concierge compte tenu des limitations auxquelles il est confronté, soit pas de port de lourdes charges en raison des troubles du rachis, pas de travail sur échelle et pas de mouvements répétitifs du dos. Aucune limitation psychiatrique n'a en revanche été mise en évidence. L'OAI a, par décision du 17 octobre 2008, confirmé la suppression de la rente d'invalidité.

E. 12

Force est de constater que le rapport du CEMed remplit tous les réquisits exigés par la jurisprudence permettant de lui attribuer pleine valeur probante. Le médecin a procédé à un examen complet et effectué une anamnèse détaillée. Ses conclusions, fondées sur l'ensemble du dossier médical, sont claires et bien motivées, de sorte qu'il n'y a en principe pas lieu de s'en écarter.

E. 13

L'assuré les conteste néanmoins. Il allègue que son état de santé s'est au contraire péjoré, étant rappelé que les troubles dont il souffre sont essentiellement dégénératifs et donc peu compatibles avec une rémission, même partielle. Il produit pour preuve une IRM cervicale effectuée le 15 janvier 2009 par le Dr S _____, et mettant en évidence une dégénérescence discale étagée avec discarthroses C5-C6, C6-C7, des protusions discales C5-C6 couvertes par une ostéophytose de localisation médiane et paramédiane droite associée à une ancarthrose avec rétrécissement du trou de conjugaison droit, ainsi qu'un rapport du Dr T _____ du 24 décembre 2008, aux termes duquel les diagnostics de reflux gastro œsophagien, de rhinites chroniques avec hyperactivité bronchique probable et un syndrome d'apnée du sommeil sont posés. La Dresse L _____ a, lors de son audition le 15 décembre 2009, confirmé qu'il y avait aggravation de l'état de santé depuis 2006 environ, que l'assuré ne pouvait plus travailler comme concierge même à 25% en raison du syndrome de l'apnée du sommeil accompagné du syndrome de jambes sans repos qui implique une fatigabilité, et du syndrome canalaire carpien. Elle rappelle que des troubles post traumatiques dégénératifs avaient été diagnostiqués en 1984 et que ces troubles ne peuvent que s'aggraver avec le temps.

E. 14

Il y a lieu de constater qu'en dehors des nouvelles atteintes évoquées par l'assuré (apnée du sommeil et syndrome des jambes sans repos), tant les experts CEMed

A/4212/2008 - 15/17 - que les experts des HUG ont retenu les mêmes diagnostics. En revanche, leur appréciation du cas est différente. Force dès lors est de constater que les discordances entre les avis des médecins jusqu'alors et les experts CEMed viennent d'une évaluation différente d'une même situation. Il n'y a dès lors pas matière à révision en l'état. Les conditions de l'art. 17 LPGA ne sont ainsi pas réalisées.

E. 15

Reste à examiner si l'OAI était en droit de reconsidérer sa décision du 6 octobre 2000.

E. 16

Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et 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 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c p. 17, 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314). 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 antérieure 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 9C_71/2008 du 14 mars 2008, consid. 2; U 5/07 du 9 janvier 2008, consid. 5.2; 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). Au regard de la sécurité juridique, une décision administrative entrée en force ne doit pouvoir être modifiée par le biais de la reconsidération que si elle se révèle manifestement erronée. Cette exigence évite que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre 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

A/4212/2008 - 16/17 - éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (arrêt B. du 19 décembre 2002, I 222/02, consid. 3.2, et les références). Dans un ATF non publié du 13 août 2003, en la cause I 790/01, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a jugé que l'office de l'assurance-invalidité, qui disposait d'avis médicaux contradictoires, avait pris une décision d'octroi de rente manifestement erronée. L'administration s'était contentée de statuer à la lumière de l'appréciation d'un des médecins, alors qu'il lui eut préalablement incombé d'élucider la

divergence entre les deux certificats médicaux en ordonnant une expertise médicale. Ainsi, le dossier avait été insuffisamment instruit et la décision découlant de cette instruction lacunaire apparaissait manifestement erronée. Dans un ATF non publié du 4 juillet 2003, en la cause I 703/02, le TFA a estimé que l'office de l'assurance-invalidité, en présence d'un seul avis médical émanant du médecin traitant, avait certes procédé à une instruction lacunaire, mais sa décision, basée sur un rapport médical clair, n'apparaissait pas manifestement erronée. Le TFA a notamment relevé : « Comme le seul avis médical au dossier émane du médecin traitant de S., il aurait sans doute été opportun de soumettre le prénommé, au terme de son stage de réadaptation, à un examen médical circonstancié auprès d'un médecin indépendant. L'office de l'assurance-invalidité y a renoncé, sans que l'on puisse toutefois considérer que l'instruction menée était lacunaire à tel point qu'il n'ait pas satisfait à ses obligations légales en la matière (art. 57 LAI et 69 du règlement sur l'assurance-invalidité - RAI). Or, s'il apparaît ultérieurement, à la suite d'une nouvelle analyse de la situation, que l'appréciation médicale du cas à l'époque était critiquable, cela ne rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement erronée ».

E. 17

En l'espèce, il y a lieu de rappeler que le droit à une rente entière d'invalidité a été reconnu à l'assuré sur la base des rapports du Dr L _____ et du COPAI. Les conclusions de l'expertise des Drs O _____, P _____ et Q _____ du 5 juillet 2005 sont venues confirmer le bien-fondé de la décision prise le 6 octobre 2000. On ne saurait dès lors considérer que cette décision ait été manifestement erronée. L'OAI n'était pas en droit de procéder à sa reconsidération. Aussi le recours doit-il être admis, et la décision du 8 avril 2008 supprimant le droit à la rente entière annulée.

A/4212/2008 - 17/17 -

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