

GE_GERICHTE ATAS/880/2010 vom 31. August 2010

GE Cour de justice, 2010-08-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_880_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/880/2010 du 31 août 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/880/2010 del 31 agosto 2010

Erwägungen

E. 12

L'expertise précitée a été transmise au SERVICE MEDICAL REGIONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : SMR) qui a pris note que l'assuré présentait une capacité de travail de 90 à 100% depuis 1990.

E. 13

Le 5 février 2010, l'OAI a soumis à l'assuré un projet de décision à teneur duquel la rente d'invalidité sera supprimée dès le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. L'entrée en vigueur d'une nouvelle jurisprudence en matière d'appréciation des rapports des COPAI (arrêts I 35/2003, consid. 4.3 et U 373/05, consid. 4.2) a justifié une révision de la rente de l'assuré, les conditions du droit à la rente étant désormais plus strictes. Lors de la décision initiale, l'assuré, qui disposait d'une pleine capacité de travail, a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité entière surtout suite à un rapport du COPAI, à teneur duquel il ne pouvait plus travailler, ce qui était conforme à la pratique de l'époque. Dans le cadre de la révision initiée en 2009, une expertise a été demandée au Dr R_____ et celui-ci a considéré que l'assuré présentait dès 1990 une capacité de travail de 90 à 100% dans une activité adaptée. En comparant les revenus sans et avec invalidité (45'174 fr., respectivement 39'958 fr.), son taux d'invalidité s'élevait à 11.5 % ce qui entraînait l'extinction du droit à une rente.

E. 14

Par courriers des 23 février, 3 et 10 mars 2010, l'assuré s'est prononcé sur le projet précité. Il a notamment indiqué qu'il était convoqué le 11 mars à la clinique de neurochirurgie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) pour faire le point sur son état de santé. Après 20 ans d'inactivité, conforté par l'octroi d'une rente entière, il ne pouvait se réintégrer sans autre dans le marché du travail. Il concluait donc au maintien de la rente d'invalidité.

E. 15

Le projet de décision du 5 février 2010 a été confirmé le 16 mars 2010.

E. 16

Le 3 mai 2010, l'assuré a recouru auprès du Tribunal de céans contre la décision précitée. Il considère notamment qu'aucun motif de révision n'est réalisé, une évaluation simplement différente d'une situation restée la même et la modification de directives administratives rendant plus strictes les conditions du droit à une rente n'étant pas suffisantes. Par ailleurs, l'intimé n'a pas tenu compte d'une aggravation de son état de santé.

A/1609/2010 - 6/14 - A l'appui de son recours, l'assuré produit notamment les documents médicaux suivants : – Un rapport d'IRM lombaire du 3 février 2010 a objectivé une hernie discale avec un fragment qui semblait subluxé à gauche, provenant du disque L4-L5,

entrant en conflit avec l'émergence de la racine L5 gauche. – Un courrier du 15 mars 2010 du Dr T_____, chef de clinique au service de neurochirurgie des HUG, à teneur duquel une sanction neurochirurgicale devait être envisagée en raison de l'échec du traitement conservateur relatif aux douleurs lombaires et cervicales chroniques avec apparition d'un syndrome radiculaire irritatif modérément déficitaire L5 gauche. – Un courrier du 14 avril 2010 dans lequel le Dr P_____ a rappelé qu'il existait des spondylarthrites à diagnostic difficile (formes incomplètes ou hyperfrustes). Le Dr S_____, avec qui le médecin traitant s'est entretenu, a considéré que les lésions décrites dans l'IRM du 2 juin 2010, correspondait à une sacro-illite (entre le stade I et le stade II), qui pouvait se retrouver dans une spondylarthrite ankylosante en traitement de longue date. En outre, une nouvelle affection lombaire était apparue.

E. 17

Par courrier du 27 mai 2010, l'intimé relève qu'une nouvelle atteinte est apparue dès fin janvier 2010 chez le recourant selon son médecin traitant de sorte que l'état de santé n'est pas stabilisé et que les répercussions sur la capacité de travail ne sont pas encore évaluables. Il conclut par conséquent au renvoi du dossier pour instruction complémentaire.

E. 18

Le 21 juin 2010, le recourant s'est déclaré surpris par la position de l'intimé alors que celui-ci avait été informé de la convocation à la Clinique de neurologie pour un nouveau bilan. Il conclut donc à l'annulation de la décision de l'OAI avec suite de frais et dépens et sans préjudice quant au fond, alternativement à une instruction complémentaire, le cas échéant au moyen d'une expertise pluridisciplinaire.

E. 19

Le courrier du recourant a été transmis à l'intimé et la cause gardée à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du

E. 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).

A/1609/2010 - 7/14 - Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que la procédure de révision instaurée par l'OAI est postérieure au 1er janvier 2003 (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (à l'exception de l'art.68 quater entrée en vigueur rétroactivement le 1er juillet 2007), il convient de relever que du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits

juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid 1.2; 169 consid 1; 356 consid.1 et les arrêts cités). 3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). 4. Le litige porte sur le droit de l'OAI de réviser sa décision du 2 août 1991 octroyant une rente d'invalidité entière au recourant. Il s'agit donc de comparer la situation présidant en août 1991 et celle existant en mars 2010, lors de la suppression de la dite rente. 5. a) 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). b) 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.

A/1609/2010 - 8/14 - 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, 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Ainsi, pour examiner s'il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit généralement prendre en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. Il convient encore 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). Cela est également valable pour une décision faisant suite à une révision d'office du droit à la rente, qui constate que le droit aux prestations ne s'est pas modifié. 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 (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). Sont des motifs de révision, l'amélioration ou l'aggravation de l'état de santé, la reprise ou l'abandon de l'activité lucrative, l'augmentation ou la baisse du revenu d'invalidé, la modification de la capacité d'accomplir les travaux habituels, la modification des critères d'évaluation de l'invalidité (modification du statut), la modification de la situation familiale déterminante lors de l'évaluation de l'invalidité des assurés qui s'occupent du ménage, et la modification de dispositions légales ou réglementaire impliquant des conditions du droit à la rente plus larges ou plus strictes ; ne constituent en revanche pas des motifs de révision la modification provisoire d'un de ces éléments, ou des modifications de directives administratives (cf. directives de l'Office fédéral des assurances sociales, CIIAI, ch. 5005 et ss). De même, un changement de jurisprudence n'est un motif ni de révision procédurale ni de reconsidération. En

A/1609/2010 - 9/14 - droit des assurances sociales, un changement de jurisprudence ne peut qu'exceptionnellement conduire à la révocation d'une décision, même si cette décision est assortie d'effets durables (notamment si elle concerne des prestations périodiques). Il faut que la nouvelle jurisprudence ait une telle portée générale qu'il serait contraire au droit à l'égalité de ne pas l'appliquer dans tous les cas, en particulier en maintenant une ancienne décision pour un seul assuré ou un petit nombre d'assurés. Si cette condition est remplie, la modification n'aura, en règle ordinaire, des effets que pour l'avenir. Cette pratique restrictive vaut en tout cas lorsque l'application d'une jurisprudence nouvelle s'opérerait au détriment du justiciable (cf. ATF 129 V 200 consid. 1.2). c) Aux termes de l'art. 88bis al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité (RAI), la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet : au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a) ; rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 RAI (let. b). 6. a) 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références). b) 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. À cet égard, il convient 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 a posé des lignes directrices en ce qui

A/1609/2010 - 10/14 - concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3). c) 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). S'agissant de 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 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). d) 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 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). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

A/1609/2010 - 11/14 - 7. En l'espèce, aucune modification des faits n'a eu lieu entre la décision initiale et la décision dont est recours, étant précisé que l'intimé n'a pas procédé à un examen matériel lors de la révision de 2004, le fait d'envoyer un formulaire au médecin traitant n'étant pas suffisant (arrêt I_781/04 du 17 février 2005, consid. 5). En effet, il ressort des différentes pièces du dossier que l'état de santé du recourant est stationnaire depuis la première décision, voire qu'il s'est péjoré avec l'apparition, au début de l'année 2010, d'une hernie discale avec un fragment semblant subluxé à gauche, provenant du disque L4-L5 et entrant en conflit avec l'émergence de la racine L5 gauche. 20. Quant à l'expertise du Dr R_____, elle ne saurait disposer d'une quelconque valeur probante. En effet, les diagnostics ont été posés alors que ce praticien n'avait pas réalisé toutes les

investigations nécessaires. Or, alors même que l'IRM lombaire a mis en évidence une discopathie dégénérative, ce qui a été confirmé par ce praticien dans son complément d'expertise, il n'a pas modifié ses diagnostics et notamment celui de lombopygalgies récurrentes chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire avec positivation de la sérologie HLA-B27 et absence de discopathie. Quoi qu'il en soit, l'évaluation de la capacité de travail du recourant est superposable à ce qui a d'ores et déjà été retenu par les médecins traitants du recourant en 1991 et en 2004. Il sied en effet de rappeler que les Drs L_____, M_____ et N_____ en 1991 ainsi que le Dr P_____, en 2004, ont tous considéré que le recourant était théoriquement capable d'exercer une activité légère adaptée aux limitations évoquées. Du reste, de l'aveu même de l'intimé, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité entière surtout suite à un rapport du COPAI, à teneur duquel il ne pouvait plus travailler, ce qui était conforme à la pratique de l'époque. En effet, la jurisprudence portant sur le rapport, en cas de divergence, entre les évaluations des COPAI et les constatations médicales n'avait pas encore été rendue lors de la décision initiale de sorte que les conditions du droit à la rente étaient moins strictes. Le fait que cette nouvelle jurisprudence soit dans l'intervalle entrée en vigueur ne constitue pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2) contrairement à ce qu'affirme l'intimé dans la décision querellée. Partant, la procédure de révision de l'art. 17 LPGA n'est pas ouverte. 8. Cela étant, 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 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

A/1609/2010 - 12/14 - 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 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_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). Dans le cas d'espèce, il est établi qu'en 1991, une activité légère était théoriquement exigible du recourant. Toutefois, à l'époque, l'OAI disposait du rapport rédigé à l'issue d'un stage d'observation professionnelle de trois semaines au COPAI à teneur duquel le rendement du recourant dans les diverses activités qui lui étaient proposées n'excédait pas 20 à 30%. Les responsables ont donc estimé qu'il n'avait plus de capacité de travail exploitable dans le circuit économique normal. Les informations du rapport du COPAI du 11 mars 1991 complétaient ainsi utilement les données médicales en montrant sur la base d'activités exercées en ateliers que le recourant n'était à même de mettre en valeur une capacité de

travail et de gain sur le marché du travail que de manière très limitée (voir au surplus, à propos du rôle des COPAI pour l'évaluation de l'invalidité: L'instruction des possibilités de gain des personnes prétendant une rente, compte-rendu d'une séance du 10 novembre 1989 consacrée aux problèmes de l'expertise médicale et professionnelle, RCC 1990 p. 59 ss; Karl Abegg, Coup d'œil sur l'activité des centres d'observation professionnelle de l'AI [COPAI], RCC 1985, p. 246 ss). Il résulte de ce qui précède que l'instruction de la demande de prestations à laquelle a procédé l'OAI était suffisante sur les plans médical et socioprofessionnel de sorte que la décision du 8 août 1991 n'était pas erronée ce d'autant plus qu'à l'époque, la jurisprudence sur le rapport en cas de divergence entre les évaluations des COPAI et les documents médicaux n'avait pas encore été rendue. Partant, aucun motif de reconsidération de la décision du 8 août 1991 n'est réalisé. Eu égard à ce qui précède, le recours du 3 mai 2010 sera admis et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il statue dans le sens des présents considérant. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 500

A/1609/2010 - 13/14 - fr. sera mis à la charge de l'intimé. Par ailleurs, le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 1'000 fr. lui est accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA).

A/1609/2010 - 14/14 -

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