

GE_GERICHTE A/1404/2000 vom 26. November 2003

GE Cour de justice, 2003-11-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1404_2000

FR: GE_GERICHTE A/1404/2000 du 26 novembre 2003

IT: GE_GERICHTE A/1404/2000 del 26 novembre 2003

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 27.11.2003
A/1404/2000

A/1404/2000 ATAS/266/2003 du 27.11.2003 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1404/2000
ATAS/266/2003 ARRÊT DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES
du 26 NOVEMBRE 2003 4ème Chambre En la cause Monsieur S _____, comparant
par Me Suzette CHEVALIER en l'étude de laquelle il élit domicile Recourant contre
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE Rue de Lyon 97, 1203
GENEVE Intimé EN FAIT Monsieur S _____, né en avril 1949, albanais du Kosovo,
marié et père de sept enfants, est arrivé en Suisse dans les années 1973 – 1974. Il a travaillé
en dernier lieu comme manœuvre dans le bâtiment. Depuis 1980, il souffre de lombalgies.
En 1983, il a effectué un séjour en clinique de neurochirurgie où il a subi une discotomie en
date du 8 août 1983. L'assuré a cessé toute activité professionnelle depuis septembre 1985.
Le 2 septembre 1986, il a déposé une demande de prestations auprès de
l'assurance-invalidité. Le secrétariat de l'assurance-invalidité a mandaté à deux reprises
l'Office régional AI afin qu'il étudie les possibilité de reclassement professionnel de
l'assuré. L'intéressé a été mis au bénéfice d'un stage d'observation professionnelle de
quatre semaines, du 11 avril au 6 mai 1988, au Centre de réadaptation pour les handicapés
(ci-après CRPH). Dans son rapport du 19 mai 1988, celui-ci avait constaté que l'assuré
n'était pas réadaptable. Par décision du 11 mai 1989, fondée sur un prononcé de la
Commission AI du 14 juin 1988, la Caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après
la Caisse) lui a octroyé une rente entière d'invalidité, assortie de rentes complémentaires
pour son épouse et ses sept enfants, dès le 1 er septembre 1986. En procédure de révision, la
Commission AI a mandaté le docteur A _____, aux fins d'effectuer une expertise.
Dans ses conclusions du 13 mai 1992, l'expert a conclu à une invalidité globale de 30 %, considérant cependant l'intéressé apte à travailler toute la journée dans un travail léger. Par décision du 14 juillet 1992, la Caisse a supprimé la rente d'invalidité dès le 1 er septembre 1992. Sur recours de l'assuré du 12 août 1992, la Commission cantonale de recours en matière AVS/AI (actuellement le Tribunal de céans) a, par décision du 6 août 1993, confirmé la décision de la Caisse supprimant la rente, estimant toutefois qu'un stage de réentraînement à l'effort était souhaitable et devait être pris en charge par l'assurance-invalidité. Un stage a été ordonné du 1 er novembre 1993 au 29 avril 1994 auprès de la Fondation Pro. Par décision du 27 juin 1994, la Caisse, se fondant sur un prononcé de la Commission AI du 24 mai 1994, a notifié à l'intéressé que plus aucune prestation ne pouvait être octroyée. La décision relevait que sur le plan médical, il ressortait que l'assuré présentait une capacité de travail entière qu'il lui appartiendrait de mettre en valeur. Sur recours interjeté le 23 juillet 1994, la Commission cantonale de recours en matière AVS/AI (actuellement le Tribunal de céans) a, par décision du 9 juin 1995,

confirmé la décision de la Caisse. L'assuré a interjeté un recours de droit administratif auprès du Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA), lequel a rejeté le recours par arrêt du 26 août 1997. Le TFA a cependant estimé qu'au vu du rapport du 24 juillet 1995 du docteur B _____ parlant d'une dégradation tant physique que psychique du recourant, il était vraisemblable que la situation de ce dernier se soit détériorée depuis la décision administrative litigieuse. Le dossier devait être transmis aux organes de l'assurance-invalidité pour que soient effectués des examens complémentaires concernant la santé physique et mentale de l'assuré. L'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a repris l'instruction du dossier conformément aux injonctions du TFA et mandaté une expertise auprès de la Clinique de médecine physique et rééducation des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG) en date du 20 octobre 1997. Le 17 novembre 1997, la doctoresse C _____, cheffe de clinique, a rédigé un rapport d'expertise après avoir consulté le dossier AI et le dossier radiologique de l'assuré et après avoir ausculté l'assuré le 10 novembre 1997. Tout en relevant un canal lombaire rétréci sur troubles dégénératifs articulaires postérieurs et une récurrence de hernie L4-L5 médiane et paramédiane droite qui pourrait entrer en conflit avec la racine L4 à droite, elle a diagnostiqué un status après laminectomie et discotomie L4-L5 droite en 1983, avec récurrence d'une hernie calcifiée laissant supposer qu'elle n'était pas récente. Se référant à des radiographies de la colonne lombaire face et profil du 11 novembre 1997, elle a également mentionné une scoliose dextroconvexe, une discopathie sévère L5-S1, des pédicules courts et trapus évoquant un canal lombaire rétréci et une arthrose modérée inter-apophysaire postérieure des deux côtés aux étages L3-L4 et L4-L5. Le patient était insomniaque, résigné et abattu avec des mimiques de tristesse. Il lui était personnellement impossible de juger de la gravité d'un éventuel syndrome dépressif ou d'éventuels troubles somatoformes douloureux. Le degré de la capacité de travail était de 100 % dans une activité adaptée, l'assuré devant éviter le port de charges et exercer une activité lui permettant des changements de position « debout-assis ». L'état de santé ne semblait pas, sur le plan ostéomusculaire, avoir changé depuis 1994. La doctoresse a cependant relevé que le patient n'avait pas été démonstratif au cours de l'entrevue et qu'il s'était tenu assis pendant une heure, de préférence sur la fesse gauche. Elle estimait que son état était peut-être à réévaluer après une reprise du travail. Le problème principal lui semblait plutôt être d'ordre psychiatrique, raison pour laquelle, à son avis, la capacité de travail ne pourrait être évaluée qu'après une expertise psychiatrique. Le 31 décembre 1997, sur mandat d'expertise du 18 décembre 1997, la doctoresse D _____, psychiatre, a rédigé un rapport à l'attention de l'OCAI dans lequel elle a diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. L'affection psychique dont souffrait l'expertisé avait des répercussions sur sa capacité de travail, celle-ci demeurant de 50 % dans une activité adaptée (sans port de charges et permettant un changement de position « debout-assis »). Le 23 janvier 1998, l'OCAI a rendu un projet de décision par lequel il informait l'assuré qu'il recevrait une demi-rente dès le 1^{er} juillet 1996, son taux d'invalidité ayant été fixé à 62 %. Ce calcul reposait sur une incapacité de travail de 50 % pour des raisons psychiatriques. Par décision du 17 novembre 1998, l'OCAI lui a octroyé une demi-rente d'invalidité, ainsi qu'une demi-rente complémentaire pour conjoint et six demi-rentes complémentaires pour enfants, son taux d'invalidité s'élevant à 62 %. Cette décision est entrée en force, l'assuré n'ayant interjeté aucun recours. Par décisions complémentaires du 1^{er} mars 1999, l'OCAI a octroyé à l'assuré depuis le 1^{er} juillet 1996 une demi-rente d'invalidité, ainsi qu'une demi-rente complémentaire pour conjoint et six demi-rentes complémentaires pour enfants,

son taux d'invalidité s'élevant à 62 %. Le 9 juin 1999, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, Me CHEVALIER, a requis de l'OCAI une révision de sa rente partielle en exposant que son état de santé s'était aggravé au niveau du dos depuis la décision du 1^{er} mars 1999. Il a produit un courrier du docteur B _____ du 7 juin 1999 relevant que son état de santé s'était péjoré et qu'il devait subir une intervention chirurgicale le 18 juin 1999. Le 13 août 1999, il a encore produit une IRM lombaire du 18 février 1999 dans lequel la doctoresse E _____ a diagnostiqué un canal lombaire étroit acquis, s'étendant de L3 à L5, une protusion discale à l'étage L3-L4 sans conflit disco-radiculaire et un status postopératoire à l'étage L4-L5 avec hernie latérale droite d'aspect luxé et venant au contact de la racine L5 ainsi que la convocation des HUG du 26 mai 1999 attestant de son opération imminente. Le 28 juin 1999, le docteur F _____ a envoyé un résumé de l'observation du patient suite à l'intervention chirurgicale du 21 juin 1999. Il a relevé que les suites opératoires étaient simples et afebriles avec, en particulier, une diminution de la symptomatologie douloureuse. La réexploration L4-L5 n'avait pas permis de mettre en évidence une récurrence de hernie discale à ce niveau, mais par contre une sténose du recessus serré motivant une foraminotomie L4-L5 droite. A la sortie, le status neurologique se révélait dans la norme. Le 20 juillet 1999, le docteur F _____ a encore écrit au docteur B _____, médecin traitant de l'assuré, que celui-ci gardait un dos raide, se penchant très peu en avant. Il a ajouté que ce patient, qui touchait une rente de 50 % devrait encore attendre un peu le résultat de la dernière intervention qui, sur le plan strictement objectif, ne semblait pas trop mauvais. Dans une note interne du 15 septembre 1999, le docteur G _____, médecin AI, a expliqué qu'il s'agissait de déterminer si les découvertes de l'IRM apportaient des éléments nouveaux ou non. Les lésions décrites étaient déjà notées avec précision dans l'expertise réalisée en novembre 1997 où une appréciation particulière des conséquences de cette hernie discale L4-L5 était bien décrite, raison pour laquelle il ne s'agissait pas d'un fait nouveau. Par décision du 8 février 2000, l'OCAI a refusé d'entrer en matière, au motif que les documents médicaux remis ne permettaient pas d'établir de manière plausible que le degré d'invalidité s'était modifié de manière à influencer le droit à la rente. Un nouvel examen ne pourrait être envisagé que si l'assuré rendait plausible que l'état de fait avait subi des modifications déterminantes par rapport aux conditions antérieures depuis la décision. Le 15 mars 2000, l'intéressé a interjeté recours contre cette décision en faisant valoir que, suite à son opération du dos intervenue le 21 juin 1999 pratiquée par le docteur F _____, son état de santé s'était péjoré et qu'il devait en être tenu compte. Il concluait à l'octroi d'une rente d'invalidité à 100 %. Dans son préavis du 15 mai 2000, l'OCAI a proposé le rejet du recours. Il estimait que le recourant n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé puisque l'IRM du 18 février en particulier ne signalait aucune lésion qui n'ait pas déjà été prise en compte dans le rapport d'expertise du 17 novembre 1997 du docteur C _____. Le 14 juin 2000, appelé à se déterminer sur le préavis de l'OCAI, le recourant a relevé que le docteur C _____ avait précisé dans son rapport que son état de santé était peut-être à réévaluer après une reprise de travail et qu'il n'avait ainsi pas été catégorique. Après l'opération subie, le dos n'était pas resté intact puisque, selon le rapport d'observation du 28 juin 1999, une sténose du recessus serré motivant une foraminotomie L4-L5 droite avait été relevée. Le 18 février 2002, le recourant a versé à la procédure trois nouveaux documents. Un courrier du 17 juillet 2001 du docteur B _____, son médecin traitant, indiquait que, malgré la seconde intervention chirurgicale, l'état de santé de l'assuré s'était péjoré et qu'il demeurait inapte à 100 % pour toute activité professionnelle. Un courrier de la doctoresse H _____,

radiologue, diagnostiquait une instabilité L4-L5 et une discarthrose et arthrose postérieure L5-S1. Enfin, un rapport du docteur F _____, qui avait opéré le recourant pour l'hernie discale calcifiée L4-L5 droite le 21 juin 1999, relevait qu'il n'y avait eu aucun changement par rapport à sa consultation de 1999 et qu'il existait très peu de chances d'amélioration chez le patient, qui n'était pas motivé pour reprendre une autre activité et qui se considérait invalide. Il y avait nettement un problème transculturel chez l'assuré. Celui-ci ne pouvait certainement plus travailler comme manœuvre dans le bâtiment mais il pourrait peut-être être reclassé dans la manutention légère ou l'emballage. Le pronostic fonctionnel était mauvais car le patient, bien qu'encore jeune, ne pouvait et surtout ne voulait pas entrevoir une réadaptation. Le 13 mars 2002, l'OCAI a dupliqué en persistant dans ses conclusions tout en se référant à une note interne du docteur G _____ du 12 mars 2002. Ce dernier a expliqué que l'état de santé actuel était le même que celui déjà décrit en juillet 1999 et que les limitations fonctionnelles décrites au niveau de la colonne vertébrale n'avaient pas changé par rapport à ce qui avait été noté précédemment. L'appréciation du médecin traitant, qui parle d'aggravation par rapport à juin 1999, n'était pas confirmée par le spécialiste, le docteur F _____, qui estimait que l'assuré pouvait exercer une activité plus légère, ce qui correspondait à la décision de 1999. Le 1^{er} septembre 2003, appelé à se déterminer sur la capacité de travail de l'assuré par le Tribunal de céans, le docteur F _____ a expliqué qu'il n'avait eu aucune nouvelle du patient ni du docteur B _____ et qu'il ne pouvait par conséquent pas se déterminer. A l'époque, il n'avait pas constaté d'aggravation temporaire ou durable de son état de santé. Il avait plutôt l'impression qu'il s'était amélioré. Mais si l'on se référait à la consultation pré-opératoire du docteur I _____, on était relativement peu étonné d'une non-reprise d'une activité puisque ce dernier avait écrit dans la consultation du 19 janvier 1999 : "Malgré le contexte général très peu engageant (porte toute la misère du monde sur ses épaules), malgré les antécédents d'infection et de status ultra-chronicisés, ce patient semble tout de même souffrir d'un problème mono-segmentaire L4-L5 droit pour lequel une nouvelle imagerie, pour des propositions de décompressions éventuelle, est à mon avis justifiée". Le 29 septembre 2003, l'OCAI a persisté dans ses conclusions en estimant qu'aucune aggravation de l'état de santé du recourant n'était apparue. Le service médical régional AI (ci-après le SMR) était d'avis que l'état de santé qui existait lors de la décision du 1^{er} mars 1999, à savoir la présence d'une hernie discale et la symptomatologie douloureuse, était très certainement resté globalement le même jusqu'en juin (avec peut-être des fluctuations). De plus, l'incapacité de travail secondaire à l'intervention n'avait été que de durée limitée (deux à trois mois au plus). Le 3 octobre 2003, le recourant a persisté dans ses conclusions tout en soulignant que le problème du canal lombaire étroit n'avait pas été réglé et subsistait intégralement, ce qui causait les souffrances dont il s'était déjà plaint sans être cru. Il estimait qu'une expertise neutre devait être ordonnée afin de déterminer dans quelle mesure le problème du canal lombaire étroit était invalidant. Le 13 octobre 2003, l'OCAI a relevé qu'une expertise supplémentaire n'était pas justifiée. Pour le surplus, les faits et allégués pertinents des parties seront repris, en tant que besoin, dans la partie « en droit » ci-après.

EN DROIT La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce demeure toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la

décision litigieuse (ATF 127 V 467 , consid. 1, 121 V 386 , consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1 LPGA). Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la LAI et de son règlement en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 . La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ ; E 2 05) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales. Conformément à l'article 3 alinéa 3 des dispositions transitoires, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi et pendantes devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales, statuant en instance unique, sur les contestations en matière d'assurance-invalidité notamment (cf. article 56V LOJ). La compétence du Tribunal de céans est ainsi établie pour juger du cas d'espèce. Interjeté en temps utile, le recours est recevable, conformément aux articles 69 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (ci-après LAI ; RS 831.20) et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS ; RS 831.10) alors applicables. Le Tribunal de céans est amené à se déterminer sur une éventuelle révision du droit à la rente du recourant. Aux termes de l'art. 41 LAI, si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée. L'art. 87 al. 1 LAI prévoit que la révision a lieu d'office ou sur demande. Quant à l'art. 87 al. 3 LAI, il précise que la demande de révision doit établir de manière plausible que l'invalidité ou l'impotence de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. 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 125 V 369 consid. 2 et la référence ; ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Selon le chiffre 5015 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (ci-après CIIAI), l'évaluation de l'invalidité en procédure de révision obéit aux prescriptions générales applicables à l'évaluation du taux d'invalidité. Les circonstances déterminantes pour l'appréciation du cas doivent être à nouveau examinées et établies. La jurisprudence estime qu'en ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'ils prennent également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Lorsque les expertises ordonnées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, les juges ne sauraient les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien fondé (ATF 122 V 161).

4.2 En l'espèce, les appréciations médicales ressortant des courriers des docteurs B_____, F_____ et J_____ n'apportent pas de nouveaux éléments ni d'indices concrets permettant de douter du bien fondé de l'expertise médicale effectuée en date du 17 novembre 1997 par la docteure C_____, bien au contraire. En effet, celle-ci s'est prononcée sur la capacité résiduelle de travail de l'assuré en expliquant qu'elle était de 100 % dans une activité adaptée. Lors de la pose de son diagnostic, elle a relevé un canal lombaire rétréci sur troubles dégénératifs articulaires postérieurs et une récurrence de hernie L4-L5 médiane et paramédiane droite qui pourrait entrer en conflit avec la racine L4

à droite. Elle a diagnostiqué un status après laminectomie et discotomie L4-L5 droite en 1983, avec récurrence d'une hernie calcifiée laissant supposer qu'elle n'était pas récente. Elle s'est encore référée à des radiographies de la colonne lombaire face et profil du 11 novembre 1997 en mentionnant une scoliose dextroconvexe, une discopathie sévère L5-S1, des pédicules courts et trapus évoquant un canal lombaire rétréci et une arthrose modérée inter-apophysaire postérieure des deux côtés aux étages L3-L4 et L4-L5. Quant au docteur F_____, il a précisé dans son rapport opératoire que les suites de l'opération étaient simple et afebriles avec, en particulier une diminution de la symptomatologie douloureuse. Une sténose du recessus serré motivant une foraminotomie L4-L5 avait été mise en évidence lors de l'opération. Or, il en a été tenu compte dans le rapport d'expertise de la doctoresse C_____ dans la mesure où une sténose consiste en un rétrécissement du foramen. Le docteur F_____ a par ailleurs souligné que le pronostic concernant l'assuré était mauvais, car il ne pouvait ni surtout ne voulait pas entrevoir une réadaptation. En outre, dans son courrier du 1^{er} septembre 2003, il a relevé qu'il n'y avait pas eu d'aggravation temporaire ou durable de l'état de santé du patient, bien au contraire puisqu'il avait plutôt l'impression qu'il s'était amélioré. Le fait que l'assuré présente un problème mono-segmentaire L4-L5 droit n'est pas un élément nouveau dans la mesure où cela avait déjà été mis en évidence lors du rapport d'expertise du 17 novembre 1997. Au surplus, l'attitude de l'assuré doit être prise en compte. En effet, il n'a pas cherché à se réadapter et à profiter du stage de réentraînement à l'effort dont il a bénéficié. Manifestement, ce dernier cherche à obtenir une rente entière alors que tout indique qu'il possède encore une capacité de travail résiduelle, qu'il lui incombe de mettre à profit. Son attitude démontre dans son ensemble que, malgré sa capacité de travail, il ne compte pas faire tout ce qui est raisonnablement exigible pour récupérer sa capacité de gain. Pour tous ces motifs, le recours doit être rejeté et la décision de l'assurance-invalidité du 8 février 2000 confirmée, le recourant n'ayant pas rendu plausible une aggravation de son état de santé. * * * PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable ; Au fond : 2. Le rejette ; Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement qu'elle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable . Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ). Le greffier: Walid BEN AMER La Présidente : Juliana BALDE La secrétaire-juriste : Flore PRIMAULT Le présent arrêt est communiqué pour notification aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe