

GE_GERICHTE A/1738/2007 vom 30. April 2009

GE Cour de justice, 2009-04-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1738_2007

FR: GE_GERICHTE A/1738/2007 du 30 avril 2009

IT: GE_GERICHTE A/1738/2007 del 30 aprile 2009

Erwägungen

E. 2

Interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente et dans les formes prescrites, par une assurée directement touchée dans ses intérêts juridiquement protégés par la décision querellée, le présent recours est recevable (art. 56 ss de LPGA).

E. 3

Le litige porte sur la suppression, par voie de révision, du droit de la recourante à une rente entière d'invalidité. Il s'agit en particulier de déterminer si l'invalidité de l'assurée s'est modifiée au point d'influencer son droit à la rente entre le 23 décembre 1996, date de la décision initiale d'octroi d'une rente entière, et le 12 mars 2007, date de la décision litigieuse par laquelle cette prestation a été supprimée.

E. 4

La décision du 19 mars 2007 qui a mis fin à la procédure administrative constitue l'objet de la contestation soumis à l'autorité cantonale de recours. Elle définit également la limite temporelle jusqu'à laquelle s'étend en principe l'examen juridictionnel en cas de recours. Selon une jurisprudence constante, le juge apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242) consid. 2.1 p. 243, 129 V 1 consid. 1.2 p. 4, 127 V 466 consid. 1 p. 467, 116 V 246 consid. 1a p. 248).

E. 5

La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) et la 5ème révision de la LAI du 6 octobre 2006 sont entrées en vigueur respectivement les 1er janvier 2003, 1er janvier 2004 et 1 er janvier 2008, entraînant de nombreuses modifications légales dans l'assurance-invalidité. Cela étant, ni la LPGA, ni la 4ème ou 5ème révision de l'AI n'ont modifié la notion d'invalidité, la manière d'évaluer le taux d'invalidité ni les conditions permettant de fixer le début du droit à la rente ou de modifier ce droit (ATF 130 V 343).

E. 6

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. 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 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 existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2). L'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS

831.201) prévoit que, si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'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 déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Quant à l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, il dispose que 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. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

E. 7

Le juge apprécie librement les preuves, sans être liés par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Il doit ainsi 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et 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 certificat médical n'est ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe en particulier 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 (ATFA du 6 juin 2003, cause I 483/02, consid. 5.1). En outre, 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 (eod. loc.). Il conviendra ainsi d'attacher plus de poids aux constatations faites par exemple par un spécialiste d'un centre d'observation de l'assurance-invalidité ou d'une clinique orthopédique universitaire, qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (cf. ATF 125 V 353 consid. 3b/cc). Enfin, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 251 consid. 3b/bb p. 253). En effet, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; arrêt [du Tribunal fédéral] I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour

remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF du 7 novembre 2008, 9C_170/2008 , consid. 4.1).

E. 8

L'autorité administrative doit constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit (ATF 117 V 261 consid. 3b p. 263). Ainsi l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a p. 283). Quant au juge cantonal, il dispose d'une large liberté dans le choix des preuves qu'il entend administrer. Cette liberté est le corollaire de l'obligation à sa charge d'établir les faits déterminants pour l'issue du litige (art. 61 let. c LPGA). S'agissant d'une expertise médicale, il a en principe la possibilité soit de commettre lui-même un expert soit de renvoyer la cause à l'administration pour qu'elle mette en œuvre une expertise (ATFA du 7 août 2003, cause I 656/02, consid. 3.3 ; RAMA 1993 p. 136). Par ailleurs, dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 I 183 consid. 3.2).

E. 9

Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4e éd., Berne 1984, p. 136; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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). 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 (AATF 126 V 322 consid. 5a).

E. 10

A l'appui de la décision litigieuse, l'OCAI s'est fondé sur le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 13 décembre 2006, selon lequel dans l'activité habituelle, comme dans une activité adaptée, la capacité de travail exigible était de 70% (ou 2 x 3 heures par jour) depuis novembre 2006. Dans le cas particulier, on doit constater que ce rapport répond entièrement aux critères propres à lui conférer pleine valeur probante (cf. supra, § 7). Les spécialistes du SMR ont en effet explicité de façon circonstanciée et convaincante les raisons pour lesquelles ils ont retenu, dans leur appréciation consensuelle

du cas, que l'assurée était à nouveau apte à travailler 70% depuis novembre 2006, tant dans l'ancienne activité de téléxiste que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Sur le plan somatique, ils ont ramené à 70% la capacité de travail exigible, - initialement fixée à 50%, puis à 100% dès décembre 1996 (cf. rapport d'expertise rhumatologique et psychiatrique du Centre multidisciplinaire du 28 mai 1996) dans la précédente décision du 23 décembre 1996 -, pour tenir compte en particulier des troubles statiques sous forme d'une hypercyphose dorsale importante, mis en évidence par les radiographies prises en 1999 et en 2001. L'expert rhumatologue a en outre explicité les motifs pour lesquels il n'avait pas retenu la totalité des limitations fonctionnelles posées par le Dr B_____ (pas de marche au-delà de 100 mètres, ni de port de charge supérieure à 1 kg), compte tenu en particulier des propres déclarations de l'expertisée (que celle-ci a du reste implicitement confirmées, en faisant grief à l'expert de s'être fié « aux seuls dires de la recourante») (cf. mémoire complémentaire du 7 novembre 2008, p. 3). Du point de vue psychique, l'expert psychiatre a constaté que l'intéressée ne présentait plus d'atteinte à la santé invalidante. A cet égard, il a en particulier expliqué que la dépression réactionnelle à une situation de divorce et à un accident, vécue en 1995, voire également en 1996, était en rémission depuis plusieurs années. L'assurée n'avait pas décrit d'humeur dépressive présente pendant la plupart du temps. Elle était bien entourée, ne s'ennuyait jamais, cuisinait souvent pour sa famille et ses amis, et avait de bonnes relations avec ses voisines qu'elle visitait souvent. Elle avait admis qu'elle était aujourd'hui dans le même état depuis de nombreuses années. Il n'existait en outre pas de trouble somatoforme douloureux, ni de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. En particulier, il n'y avait pas de névrose profondément ancrée avec les douleurs comme symptôme principal (état « cristallisé »). La description des douleurs dépassant l'atteinte ostéoarticulaire était floue, imprécise et n'évoquait pas la compassion chez l'examineur. D'un autre côté, la recourante n'a amené aucun élément susceptible de mettre sérieusement en doute l'évaluation médicale et les conclusions données par les spécialistes précités. En particulier, on ne saurait suivre l'appréciation du Dr E_____ (chirurgien orthopédiste) du 18 février 2008, estimant que sa patiente « devrait être prise à 100% par l'assurance-invalidité », au motif qu'il n'y avait aucune possibilité, compte tenu de son état et de son âge (48 ans), de lui proposer un quelconque travail. En effet, cette appréciation n'est pas, dans le domaine de l'assurance-invalidité, du ressort du médecin et ne lie donc pas l'office AI, car c'est à cette administration qu'il incombe de trancher cette question de droit (cf. art. 28 al. 2 LAI) (ATF du 4 juin 2003, I 748/02, consid. 4.2). Quant à l'affirmation, selon laquelle on « ne peut que voir s'aggraver par surcharge les douleurs vertébrales », elle n'est nullement étayée, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte. Au demeurant, une totale incapacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée (si l'on doit interpréter dans ce sens les conclusions du Dr E_____) n'est pas même retenue par le Dr B_____, médecin traitant, lequel estime, quant à lui, que sa patiente dispose d'une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée (rapport du 14 avril 2004). De plus, si l'on devait s'en tenir à cette dernière estimation du Dr B_____, on devrait déjà constater que la capacité de travail de l'assurée s'est effectivement améliorée depuis la décision initiale 23 décembre 1996, dans la mesure où l'OCAI avait retenu, à l'époque, une incapacité de travail totale sur le plan psychiatrique. Par ailleurs, l'estimation de 50% effectuée par le Dr B_____ (au lieu du taux de 70% retenu par l'OCAI) émane d'un praticien qui n'est pas spécialisé en rhumatologie, orthopédie ou psychiatrie (mais généraliste). A cela s'ajoute que le Dr B_____ est le médecin traitant – lequel

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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc). Celui-ci se fonde en outre en grande partie sur les indications subjectives (non vérifiées) de sa patiente, si bien que son avis ne saurait emporter la conviction (cf. VSI 2002/2, p. 67). A cet égard, on rappellera que compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle) (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2). Quant au Dr F _____, psychiatre traitant ayant suivi l'assurée de février 2007 à novembre 2008, il a uniquement attesté que sa patiente avait subi une incapacité de travail, d'une durée limitée à un mois, en janvier 2008 (avis des 15 janvier et 4 février 2008), alors même qu'il a suivi celle-ci « hebdomadairement » depuis février 2007 (mémoire complémentaire du 7 novembre 2008, p. 3). On doit dès lors en inférer que, contrairement à ce qu'a prétendu la recourante dans son complément au recours du 7 novembre 2008, son état de santé, sur le plan psychique, s'était effectivement durablement amélioré au moment du prononcé de la décision litigieuse du 12 mars 2007. Incidemment, on relèvera qu'en affirmant que, sur le plan psychique, son état de santé s'était « péjoré » (ibid), la recourante laisse entendre, a contrario, que la décompensation dépressive dont elle souffrait en 1996 (et qui avait entraîné une incapacité de travail à 100% lors de la décision initiale du 23 décembre 1996) avait bien, à tout le moins, évolué favorablement dans l'intervalle. Enfin, c'est le lieu de rappeler que le principe inquisitoire n'est pas absolu et que sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (cf. ci-dessus, § 8). Or, en l'occurrence, postérieurement au projet de décision de l'OCAI du 10 janvier 2007, soit depuis plus de deux années, et malgré les multiples prolongations de délai accordées, à sa demande, durant la présente procédure, la recourante, assistée de surcroît d'un avocat, n'a pas produit d'éléments médicaux permettant de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que son état psychique était resté inchangé entre la décision initiale de l'OCAI du 23 décembre 1996 et la décision sur révision du 12 mars 2007. Il faut en déduire que tel n'a pas été le cas, mais bien plutôt convenir, avec les experts du SMR qui ont examiné la recourante le 31 octobre 2006, que son état dépressif étaient alors en rémission depuis « de nombreuses années ».

E. 12

Cela étant, il ne se justifie pas de donner suite à la requête de la recourante d'entendre le Dr E _____, ou W _____ (laquelle n'apparaît du reste pas être médecin), respectivement les Dresses J _____ (psychiatre) et I _____ (rhumatologue) (cf. appréciation anticipée des preuves : ATF 124 V 94 consid. 4b).

E. 13

A toutes fins utiles, on rappellera qu'une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assurée, survenue postérieurement à la décision litigieuse, n'a pas à être prise en considération dans le cadre de la présente procédure (cf. supra, consid. 4 ; ATF 131 V 242). Il n'y a dès lors pas lieu d'octroyer à la recourante, comme elle le requiert (cf. mémoire complémentaire du 7 novembre 2008, p. 4), un délai supplémentaire pour compléter ses écritures eu égard à l'intervention chirurgicale que celle-ci a dû subir le 11 novembre 2008 en relation avec le cancer du sein dont elle avait été opérée en juin 2006. Vu ce qui précède, c'est à juste titre que l'OCAI a retenu un taux d'invalidité de 30% en l'occurrence, dans la mesure où l'assurée, dans son ancienne activité de téléxiste, ne disposait plus que d'une capacité de travail (et de gain) de 70%. Ce taux ne donne pas droit à une rente (art. 28 al. 2

LAI a contrario), si bien que la décision de suppression de rente du 12 mars 2007 est bien fondée. Partant, le recours doit être rejeté. Même si la recourante succombe, il n'y a pas lieu de percevoir un émolument pour les frais de justice, dès lors que celle-ci a été mise au bénéfice de l'assistance juridique (cf. art. 6 let. a du règlement sur l'assistance juridique du 13 mars 1996 ; art. 69 al. 1bis LAI).

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