

GE_GERICHTE A/1817/2004 vom 11. August 2005

GE Cour de justice, 2005-08-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1817_2004

FR: GE_GERICHTE A/1817/2004 du 11 août 2005

IT: GE_GERICHTE A/1817/2004 del 11 agosto 2005

Erwägungen

E. 3

ème Chambre du 11 août 2005 En la cause Monsieur P_____, représenté par Maître Jean-Jacques MARTIN en l'Etude duquel il élit domicile recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis 97, rue de Lyon, case postale 425, 1211 GENEVE 13 intimé EN FAIT Monsieur P_____, ressortissant italien né en 1973, a été victime de plusieurs accidents à la cheville droite en septembre et novembre 1994, à la suite desquels il a dû subir une opération au mois de décembre 1994. Il a par la suite pu reprendre son travail dans la restauration pour le compte de divers employeurs entre juillet 1994 et juillet 1998. Il a ensuite été engagé en tant que nettoyeur par l'entreprise X_____ SA. Le 16 mars 1999, l'assuré s'est cassé le pied droit en glissant dans les escaliers alors qu'il travaillait chez un client. Le jour même, le Dr A_____, radiologue, a diagnostiqué un aspect fortement remanié de la malléole interne avec notamment une image linéaire radio-transparente qui pouvait correspondre à une fracture sur un remaniement post-traumatique (cf. déclaration d'accident). Le 20 avril 1999, l'assuré a subi une intervention chirurgicale, consistant en une révision et en un toilettage articulaire interne et externe de la cheville droite. Le Dr B_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a posé les diagnostics suivants : status cinq ans après plastie du ligament latéral externe de la cheville droite et révision interne, ossification ectopique des joues astragaliennes internes, externes, ainsi que de la malléole interne droite, et fracture sur entorse de la cheville de la pointe de la malléole interne droite. Le 14 juillet 1999, le Dr B_____ a procédé à une scintigraphie osseuse partielle. Dans son rapport du lendemain, il a relevé que la sémiologie scintigraphique évoquait des phénomènes inflammatoires persistants au niveau des parties molles des sites opératoires de la cheville droite. Le diagnostic différentiel restait néanmoins ouvert, avec une algoneurodystrophie parcellaire tibio-astragalienne. Le 23 septembre 1999, l'assuré a subi une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la cheville droite. Le Dr C_____, radiologue, a conclu à un remaniement post-opératoire au niveau malléolaire interne et externe, modérément fibro-inflammatoire, sans modification du signal osseux devant faire suspecter une fracture de stress ou une algodystrophie. Il existait également une ténosynovite des tendons fléchisseurs sur le versant interne, sans image de tendinite ou de rupture tendineuse. Par courrier du 28 septembre 1999, le Dr B_____ a signalé au médecin d'arrondissement de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA) qu'il avait été frappé par un très important remaniement au niveau de la malléole. Il avait de la peine à expliquer cette symptomatologie inflammatoire persistante chez un patient qui avait déjà présenté une évolution inhabituelle, suite à une première intervention. Vu l'évolution défavorable, il ne voyait plus grand chose d'autre à proposer. Le 4 octobre 1999, le Dr D_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu un rapport suite à l'examen

de l'assuré. Après entretien téléphonique avec le Dr B _____, il a été convenu de proposer au patient un séjour à la Clinique de Réadaptation de Bellikon (ci-après : CRR), de manière à garantir une prise en charge globale, une observation du cas et une rééducation à la marche. L'incapacité de travail restait totale. Dans un certificat du 30 novembre 1999, le Dr E _____, chirurgien, a indiqué que l'assuré souffrait de douleurs paramédianes gauches hautes en relation avec une petite éventration (status post deux cures épigastriques). Il faudrait probablement l'opérer bientôt de cette récurrence d'éventration. L'assuré a séjourné à la CRR du 10 novembre au 3 décembre 1999. Du rapport de sortie, établi le 21 décembre 1999, il ressort que l'assuré souffre d'algodystrophie réflexe au niveau de l'articulation tibiotarsienne droite et d'une hernie épigastrique récidivante. Les médecins ont noté que le patient s'était montré bien motivé, mais que sa capacité de charge de l'articulation tibiotarsienne droite était encore nettement limitée. L'assuré ayant dû interrompre son séjour prématurément en raison d'une récurrence de hernie épigastrique, cette capacité de charge n'avait pu être améliorée et le traitement souhaité n'avait pu être mis en œuvre. Le 10 janvier 2000, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) visant à l'obtention d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession ou d'une rente. Le Dr F _____, médecin traitant, a indiqué dans un rapport médical à l'attention de l'OCAI du 3 février 2000 que son patient souffrait d'algodystrophie réflexe au niveau de l'articulation tibiotarsienne droite et d'une hernie épigastrique récidivante. Il préconisait de procéder au reclassement de son patient dans une profession qu'il pourrait exercer en position assise. Une telle occupation pourrait peut-être, selon lui, être exercée à 100 % avec un plein rendement. Pour le surplus, il s'est référé au rapport de la CRR. Le 6 mars 2000, le Dr G _____, radiologue, a procédé à une scintigraphie osseuse partielle, qui a révélé une importante réduction des hyperactivités décrites lors de l'examen antérieur du 14 juillet 1999. Dans un rapport du 13 mars 2000, le Dr B _____ a fait savoir à l'OCAI que le patient était toujours totalement incapable de travailler, mais qu'une profession dans l'informatique pourrait être exercée à plein temps avec un rendement de 100 %. Une amélioration avait été constatée suite à l'examen de scintigraphie. En date du 5 avril 2000, le Dr D _____ a examiné l'assuré pour le compte de la SUVA. Un entretien téléphonique avec le Dr B _____ avait révélé qu'au vu du résultat de la scintigraphie, on pouvait admettre une amélioration de l'algodystrophie. Compte tenu des constatations qu'il avait faites, le Dr D _____ a préconisé l'arrêt de l'utilisation systématique des cannes anglaises, ainsi qu'une reprise de la marche en charge totale. Toutefois, il a indiqué que des renseignements médicaux étaient encore nécessaires et que l'arrêt de travail était justifié jusqu'à leur obtention. Le 9 mai 2000, le Dr D _____ a rendu un rapport d'examen médical final concernant l'assuré. Compte tenu des renseignements qui lui avaient été communiqués, il estimait que son état était stabilisé et que l'arthrose tibio-tarsienne moyenne ne nécessitait plus de traitement particulier. Le patient ne pouvant plus surcharger son membre inférieur droit, monter et descendre fréquemment les escaliers, ou encore marcher en terrain instable, le médecin a exclu la reprise de l'activité de nettoyeur. Il a cependant estimé que, dans le cadre d'une activité adaptée, c'est-à-dire s'effectuant essentiellement en position assise, ou permettant d'alterner les positions assise et debout, et n'exigeant que des déplacements de courte distance sur des terrains plats, l'assuré pourrait travailler à plein temps et à plein rendement. Le 13 juin 2000, le Dr H _____, radiologue, a procédé à une IRM de la cheville gauche, laquelle a principalement révélé la présence d'un œdème dans la partie externe de la cheville, une

excroissance osseuse dans la partie dorsale et antérieure de l'astragale. Une algoneurodystrophie subaiguë pouvait être suspectée. Le 8 août 2000, la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a rendu son rapport. L'évaluation psychologique avait révélé que l'assuré ne disposait pas d'un bagage intellectuel suffisant pour mener à bien une formation trop compliquée et qu'il y aurait donc lieu de privilégier les formations courtes. Selon elle, un stage d'observation de trois mois était nécessaire afin de déterminer les limitations exactes de l'assuré. Un stage a donc été prévu du 23 octobre 2000 au 21 janvier 2001. Par décision du 31 octobre 2000, l'OCAI a accepté de prendre en charge au titre de moyens auxiliaires les frais de transformation du véhicule de l'assuré. Dès le 8 novembre 2000, le Centre d'intégration professionnelle (CIP) a informé l'OCAI que l'assuré posait des problèmes. Selon les maîtres de stage, sa qualité de travail était nulle et le responsable n'avait pas vu un travail aussi mauvais depuis deux ans. Sa motivation était très faible et l'assuré ne faisait aucun effort pour améliorer la situation. A la demande de l'OCAI, le Dr I _____, chirurgien, a procédé à une expertise de l'assuré. Selon son rapport du 23 novembre 2000, il existait une obésité avérée, une hernie ombilicale récidivante, une limitation fonctionnelle très marquée de la cheville droite, une amyotrophie modérée du mollet droit et une fixation du patient sur sa cheville droite avec retentissement au niveau du rachis. L'expert ne pouvait exclure une tendance à l'exagération. En conclusion, il estimait raisonnable que l'assuré effectue son stage comme prévu par l'OCAI, à raison d'une capacité de 75 % selon son médecin traitant. A l'issue du stage d'observation, le 23 janvier 2001, le Centre d'intégration professionnelle (CIP) a rendu son rapport. Il en ressort que le stage avait dû être interrompu le 1^{er} décembre 2000, l'assuré ayant été déclaré incapable de travailler par son médecin traitant. Les maîtres de réadaptation ont estimé qu'une capacité de travail résiduelle de 75 % devrait pouvoir être exigée de lui dans des activités sédentaires du domaine tertiaire. Il a été relevé que l'assuré ne s'était pas engagé pleinement dans la mesure d'observation et que s'étaient posés de nombreux problèmes de comportement. Une expertise médicale semblait être la meilleure solution avant d'envisager une mesure de reclassement professionnel. Le 20 février 2001, le Dr D _____ a à nouveau examiné l'assuré pour le compte de la SUVA et a confirmé les conclusions de son rapport du 8 mai 2000, à savoir qu'une activité adaptée pourrait être exercée par l'assuré à plein temps et à plein rendement. Compte tenu des résultats obtenus lors du stage, le médecin-conseil de l'OCAI a proposé une expertise globale au Service médical de l'assurance-invalidité de Bellinzone (ci-après : SAM). Le 10 juillet 2001, le SAM a rendu un rapport d'expertise. Il a retenu les diagnostics suivants : début d'arthrose tibio-tarsienne, dysthymie, syndrome douloureux somatoforme persistant et status après troisième récurrence de hernie ombilicale avec mise en place d'un filet. Selon la consultation psychiatrique effectuée par le Dr J _____, l'assuré souffrait de dysthymie et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Le degré résiduel de capacité de travail du point de vue psychiatrique a été évalué à 50 % avec un pronostic favorable, compte tenu d'une tendance régressive du tableau clinique. Un suivi psychothérapeutique de soutien était préconisé en parallèle au programme de réorientation professionnelle, de même qu'un traitement antidépresseur. Selon la consultation orthopédique, effectuée par le Dr K _____, des mesures chirurgicales n'étaient plus indiquées, à moins d'une aggravation de la symptomatologie. Le médecin a confirmé un début d'arthrose tibio-tarsienne et estimé que les troubles dont se plaignait l'assuré étaient crédibles, même s'il avait tendance à les aggraver. Selon lui, sur le plan orthopédique, l'exercice de professions lourdes exercées auparavant n'était plus exigible. En revanche, dans une

activité adaptée, de type sédentaire, s'exerçant principalement en position assise, et n'impliquant pas de déplacements réguliers, l'assuré pourrait atteindre une capacité de travail supérieure à 70 %. D'après la consultation de chirurgie du Dr L_____, l'assuré avait été opéré quatre fois de l'hernie ombilicale, avec une bonne évolution de la dernière intervention, laquelle ne montrait pas de signes d'une possible récurrence. En tenant compte de certaines limitations (ne pas soulever de poids supérieurs à 10 kg) pratiquement toute activité pouvait être exercée à 100 %. En conclusion, les experts du SAM ont retenu que l'on pouvait raisonnablement attendre de l'assuré qu'il reprenne une activité lucrative, compte tenu de son âge et de l'effet qu'aurait une reprise du travail sur son psychisme. Dans cette perspective, ils ont préconisé un traitement bio-psychosocial bien structuré coordonné par le médecin traitant pour lequel l'assuré a la plus grande estime. Ils ont également recommandé des mesures psychothérapeutiques de soutien, de même qu'un traitement antidépresseur. Dans un premier temps, la reprise d'une activité serait selon eux limitée par des arguments psychopathologiques à 50 %. Ce taux pourrait évoluer positivement, compte tenu de l'évolution de la thérapie psychiatrique indiquée. Le reclassement professionnel devrait tenir compte des limitations de l'assuré, soit l'impossibilité d'effectuer des activités lourdes ou nécessitant le port régulier de poids supérieurs à 10 kg. Par ailleurs, il lui faudrait éviter les longues stations debout, les déplacements réguliers, les montées ou descentes d'escaliers ainsi que les terrains irréguliers. Sur le plan psychiatrique, les médecins ont relevé une résistance réduite à l'engagement professionnel, ainsi qu'une tendance à la somatisation, ce qui avait probablement entraîné en partie les difficultés surgies lors de la mise en œuvre de la mesure d'observation professionnelle. Du point de vue médical théorique, l'assuré pourrait suivre un programme de reclassement professionnel, à condition de bénéficier d'un soutien psychothérapeutique assidu et d'un traitement antidépresseur, le tout dans le cadre d'un traitement multidisciplinaire. De la sorte, la capacité de travail de 50 % pourrait être améliorée pour atteindre 100 %. Le pronostic était bon. Enfin, il a été indiqué que les indications données par le Dr I_____ étaient toujours d'actualité. Sur la base de cette expertise, l'OCAI a rendu une décision en date du 25 janvier 2002 et mis l'assuré au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2000. S'agissant par ailleurs des mesures d'orientation professionnelle préconisées, il a proposé à l'assuré un stage de trois mois auprès de la Fondation PRO, afin de déterminer sa capacité résiduelle de travail et les activités envisageables. Le stage devait débiter par une occupation à 50 % puis augmenter régulièrement jusqu'à atteindre 100 %. Selon un rapport médical intermédiaire du Dr F_____ du 31 juillet 2002, l'état de santé de son patient s'était aggravé depuis un mois. Celui-ci se plaignait davantage de douleurs au niveau du membre inférieur droit, de nature peu spécifiques, mais intenses, qui l'empêchaient de travailler à plus de 50 %, voire même à 0 % actuellement. Du rapport d'évaluation établi par la Fondation PRO le 7 août 2002, il ressort que l'assuré a réussi à atteindre un rendement de 100 % en travaillant à 50 % dans des activités de montage mécanique et de polissage. L'évolution a été décrite comme positive, bien qu'il n'ait pas été possible d'augmenter le temps de travail. En conclusion, l'assuré semblait avoir les aptitudes nécessaires à effectuer une formation dans les domaines du montage mécanique, du câblage ou du polissage de pièces légères. Sur demande du médecin conseil de l'OCAI, le Dr F_____ lui a indiqué le 18 octobre 2002 que son patient n'avait jamais consulté de psychiatre. Au niveau physique et psychique, il existait une discrète amélioration. Le 19 mars 2003, le Dr M_____, chirurgien orthopédique, a procédé à une nouvelle expertise de l'assuré pour le compte de l'OCAI. Les diagnostics posés ont été les suivants : arthrose de la cheville droite après

entorse et interventions multiples, hernie épigastrique récidivante, obésité modérée et probable trouble somatoforme douloureux. Le médecin a relevé des discordances entre le discours du patient et les éléments observés : ainsi, il manquait des critères diagnostics pour permettre de reconnaître une algodystrophie ; l'assuré était capable de conduire plusieurs périodes d'au moins deux heures d'affilée ; la prise médicamenteuse déclarée correspondait à une atteinte modérée à sévère qui n'était pas confirmée par les examens, ce d'autant moins que les mesures objectives de la force et des périmètres musculaires des membres inférieurs démontraient une utilisation nettement plus importante que déclarée ; il existait par ailleurs une nette tendance à l'accentuation des symptômes. L'expert n'a pu se prononcer sur la question d'un état dépressif réactionnel, mais a constaté que l'assuré refusait de consulter un spécialiste dans ce domaine. En conclusion, l'expert a retenu que le probable trouble somatoforme douloureux ainsi que l'arthrose de la cheville avaient une répercussion sur la capacité de travail. S'agissant de l'arthrose, elle était invalidante depuis 1999. L'assuré ne pouvait se tenir debout durant plus d'une heure et devait éviter les marches prolongées, les escaliers, ainsi que le port d'objets de plus de 10 kg. Sur le plan psychique, il existait une probable tendance à la somatisation et une accentuation des symptômes. L'assuré ne pouvait plus travailler comme nettoyeur. L'incapacité de travail était de 50 % et des mesures professionnelles devaient être mises en place sans délai. Dans une activité adaptée, l'assuré pourrait travailler 4h/jour avec un rendement de 100 % ou 8h/jour avec un rendement de 50 %. L'état de santé était totalement compatible avec le rapport de la Fondation PRO. La seule limitation clinique existante était celle de la limitation de mobilité de la cheville et la raideur sous-astragalienne. Les examens scintigraphiques avaient confirmé la disparition des signes d'algodystrophie. Le 15 mai 2003, le Dr M_____ a précisé à l'OCAI que si l'on ne tenait compte que des limitations sur le plan somatique, l'exigibilité dans un poste adapté serait de 6h/jour à 100 % ou de 8h/jour à 75 %. A la demande de l'OCAI, le Dr N_____, psychiatre, a procédé à une expertise psychiatrique de l'assuré. Dans son rapport du 16 août 2003, l'expert a conclu à un trouble dépressif d'intensité modérée réactionnel au contexte somatique, lequel ne justifiait pas en soi une incapacité de travail. Il a considéré qu'idéalement, l'assuré devrait être encouragé à une reprise du travail le plus rapidement possible. Des mesures de réadaptation étaient envisageables. Elle n'étaient pas limitées par la problématique psychique de l'assuré, mais par ses capacités cognitives, adaptatives et probablement intellectuelles. Son mode de fonctionnement opératoire le rendait plus à l'aise dans des activités manuelles. Le 3 novembre 2003, le Service médical régional Léman (ci-après : SMR) s'est prononcé sur le cas et a conclu à une incapacité de 25 % due à une raideur de la cheville, aux difficultés rencontrées lors de la marche et à l'impossibilité de déplacer des objets lourds. L'appréciation du SMR était basée sur les expertises du SAM, du Dr M_____ et du Dr N_____, ainsi que sur le rapport du stage à la Fondation PRO. Le 15 décembre 2003, la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a proposé de mettre l'assuré au bénéfice d'un stage d'orientation professionnelle du 6 au 26 janvier 2004. Le 19 février 2004, la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 16,28 % et proposé de supprimer la rente d'invalidité. Elle a relevé que, lors du stage d'évaluation professionnelle, l'assuré avait diminué son temps de travail de 75 % à 50 % à la fin de la première semaine et qu'aucune amélioration n'avait pu être constatée, alors que l'assuré avait été affecté à deux postes simples et légers, que sa cadence était normale et son rendement diminué en raison des changements de posture. Son comportement a été décrit comme correct. Par décision du 19

février 2004, l'OCAI a donc procédé à la révision du dossier et supprimé la rente d'invalidité de l'assuré à compter du premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Il a considéré qu'au vu des documents médicaux, l'assuré disposait désormais d'une capacité résiduelle de travail de 75%, ce qui conduisait à un degré d'invalidité de 16,28 %. Par acte du 17 mars 2004, l'assuré s'est opposé à cette décision. Il a relevé n'avoir bénéficié d'aucune mesure de réadaptation et allégué que, sans formation professionnelle adéquate, il était dans l'impossibilité d'exercer une profession adaptée à son état de santé. Il a par ailleurs fait valoir que la comparaison de revenus était erronée, puisqu'il n'était pas à même de réaliser un revenu, et qu'en conséquence, son degré d'invalidité devrait être fixé à 100 %. Il a également demandé un délai pour compléter son opposition, ce que l'OCAI lui a accordé. Le 17 juillet 2004, l'OCAI a rendu une décision sur opposition confirmant sa décision initiale. L'assuré n'avait apporté aucun élément nouveau permettant à l'OCAI de modifier sa décision du 19 février 2004. L'opposition ne remplissait pas les conditions de l'Ordonnance sur la partie générale des assurances sociales. Par acte du 31 août 2004, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à ce que trois quarts de rente lui soient octroyés. Il a relevé que la SUVA avait pour sa part jugé nécessaire de le soumettre à un nouvel examen médical auprès du Dr O_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en médecine des assurances, avant de rendre sa décision. Il a allégué qu'au vu des documents médicaux, sa capacité de travail n'excédait pas 35 %. Selon lui, en effet, le rendement de 70 % obtenu durant son stage dans une activité à 50 % équivaldrait à un rendement de 35 % sur un plein temps.. Par courrier du 6 septembre 2004, l'assuré a produit des pièces complémentaires, dont un rapport du Dr F_____, daté du 1^{er} septembre 2004. Ce médecin attestait d'une capacité résiduelle de travail de 50 % et disait ne pas comprendre, dès lors, le refus de l'OCAI d'octroyer une demi-rente à son patient. Du rapport d'expertise rendu par le Dr O_____ à la demande de la SUVA en date du 15 septembre 2004, il ressort que l'assuré souffre d'une raideur de la cheville droite sur status post entorses récidivantes de la cheville, d'un status post reconstruction de ligament péroné-astragalien, toilette articulaire et ablation d'un corps libre au niveau de la pointe de la malléole interne (opération du 16.12.1994), d'un status post-excision d'ossification ectopique présente à la joue astragaliene interne et externe et à la malléole interne (opération du 20 avril 1999) ainsi que d'une récurrence d'éventration après quatre opérations d'hernie épigastrique. L'expert a expliqué que, si l'on avait pu initialement imputer l'enflure et l'importante limitation fonctionnelle observées auparavant et mises en évidence par l'examen scintigraphique à un synovite post-traumatique, il semblait que ce soit désormais plutôt une fibrose ou une cicatrice qui limitait la fonction de la cheville. Hormis une cicatrisation exubérante, il a également relevé un conflit osseux : le patient portait au niveau du col de l'astragale un gros ostéophyte en bec de perroquet qui constituait une entrave à la flexion dorsale de la cheville et pouvait expliquer la limitation fonctionnelle. L'expert a émis l'avis que le diagnostic d'algodystrophie ne pouvait pas être retenu dans le cas de l'assuré. Il s'agissait plutôt, selon lui, de raideur douloureuse de la cheville. Ce diagnostic semblait plus approprié que celui d'arthrose, dont la présence ne pouvait être vérifiée sur les radiographies. S'agissant de la capacité de travail exigible, l'expert a estimé que, pour tenir compte des algies et de la limitation de l'amplitude articulaire de la cheville, il faudrait privilégier une activité s'effectuant essentiellement en position assise, évitant les déplacements fréquents et se déroulant sur une surface plane. Le port de charges répété ou excédant 10 kg était également à proscrire. Dans de telles conditions, il n'y aurait pas lieu de diminuer l'horaire de travail. Enfin, il était conseillé à

l'assuré d'abandonner rapidement tout auxiliaire de marche, dans la mesure où la décharge intempestive du pied participait également à l'entrave fonctionnelle de la cheville, susceptible d'amélioration. Dans sa réponse du 27 octobre 2004, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Il a relevé que la SUVA avait confirmé sa décision de reconnaître une invalidité de 16 % suite au complément d'instruction réalisé par le Dr O_____. Pour le surplus, il a renvoyé aux pièces du dossier. Dans sa réplique du 14 janvier 2005, l'assuré a rappelé que le Dr M_____ avait conclu que sa capacité de travail, dans une activité adaptée, serait de 50 % avec un plein rendement ou de 100 % avec un rendement diminué de moitié. Il a également invoqué l'avis du Dr F_____. Le recourant a toutefois modifié ses conclusions et conclu à l'octroi d'une demi-rente seulement. Dans sa duplique du 14 février 2005, l'OCAI a persisté dans ses conclusions. EN DROIT La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1^{er} let. r et 56 T LOJ). Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs. Conformément à l'art. 56V al. 1^{er} let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal 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 (ci-après : LPGA) relatives notamment à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après : LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} 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 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). La présente cause sera donc examinée à la lumière des nouvelles dispositions en vigueur dès le 1^{er} janvier 2003, dès lors que le cas d'espèce porte sur la suppression d'une rente d'invalidité en 2004. En ce qui concerne la procédure, le nouveau droit s'applique 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). Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable en vertu des art. 56ss LPGA. La question qui se pose est celle de savoir si c'est à juste titre que l'OCAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assuré à compter du deuxième mois qui suit la date de notification de sa décision. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA, 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché équilibré (art. 16 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

(art. 17 al. 2 LPGA). Les principes dégagés par la jurisprudence en ce qui concerne les notions d'incapacité de gain et d'invalidité, comme celles de l'évaluation de l'invalidité et de la révision de la rente conservent leur validité sous l'empire de la LPGA (ATF 130 V 343). 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 ; voir également ATF 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 ; ATFA non publié du 14 février 2005 en la cause I 367/04). Il ne suffit toutefois pas qu'une situation, demeurée inchangée pour l'essentiel, soit appréciée de manière différente (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). D'après la jurisprudence, si la capacité de gain d'un 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 ainsi lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, ci-après : RAI). Ces principes valent également pour l'octroi, avec effet rétroactif, d'une rente dégressive et/ou temporaire (ATF 109 V 125 ; VSI 2001 p. 275 consid. 1a). A noter que si les conditions prévues pour une révision font défaut, l'administration peut en tout temps revenir sur une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée sous l'angle matériel, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable. Le juge peut, le cas échéant, confirmer une décision de révision rendue à tort pour le motif substitué que la décision de rente initiale était sans nul doute erronée et que sa rectification revêt une importance notable (ATF 125 V 369 consid. 2 et les références). 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 la décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc 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 (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 no 28 p. 158 consid. 3c). 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 permet d'éviter 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 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). Par ailleurs, on ne saurait supprimer ou diminuer une rente par voie de reconsidération si, depuis son octroi manifestement inexact, des modifications de l'état de fait (au sens de l'art. 41 LAI) justifient de retenir un taux d'invalidité suffisant pour que la prestation en question soit maintenue (même arrêt, consid. 5.1 et ATF non publié du 14 avril 2005 en la cause I 12/04). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) 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) Dans un arrêt du 14 juin 1999 (ATF 125 V 351), le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves notamment dans le domaine médical. Il convient de rappeler ici que 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 (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, 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. Peut constituer une raison de s'écarter de l'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. En l'espèce, par décision du 25 janvier 2002, l'OCAI a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2000 en se basant sur l'expertise du SAM et le stage au CIP. Par décision du 19 février 2004, cet office a supprimé la rente d'invalidité en se basant sur les expertises des Drs M_____ et N_____, ainsi que sur le rapport de stage auprès de la Fondation PRO. Il s'agit donc de déterminer si les conditions justifiant une révision de la décision du 25 janvier 2002 sont réunies. Si ce n'est pas le cas, il y aura lieu de vérifier si la révision pouvait être motivée par le fait que la décision initiale d'octroi de rente était sans nul doute erronée. Selon l'expertise du SAM du 10 juillet 2001, l'assuré était encore incapable de travailler à 50 %, mais le pronostic était bon et l'état de santé pouvait s'améliorer pour atteindre une capacité de travail complète. Les diagnostics posés étaient les suivants : début d'arthrose tibio-tarsienne, dysthymie,

syndrome douloureux somatoforme persistant et status après troisième récurrence d'hernie ombilicale avec mise en place d'un filet. Du point de vue purement orthopédique, la capacité de travail était encore limitée, mais dépassait tout de même 70 %. Les autres limitations étaient donc dues à des problèmes psychiques, soit la dysthymie et le trouble somatoforme douloureux. Dans le cadre de la révision du dossier, l'OCAI a constaté que des améliorations de l'état de santé avaient été mises en évidence, de sorte qu'il a mandaté un spécialiste en chirurgie orthopédique, le Dr M _____, pour qu'il procède à une expertise de l'assuré. Selon cet expert, la capacité de travail de l'assuré était limitée à 50 % en tenant compte des problèmes de cheville et d'un probable trouble somatoforme douloureux. Si l'on ne tenait compte que des limitations sur le plan somatique, la capacité de travail serait de 75 %. Compte tenu du diagnostic de probable trouble somatoforme douloureux, l'OCAI a mandaté le Dr N _____, psychiatre, pour qu'il réalise à son tour une expertise psychiatrique de l'assuré. Selon les conclusions de l'expertise, ce dernier souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode alors moyen, mais aucun trouble somatoforme douloureux n'a été diagnostiqué. Les troubles psychiatriques avaient peu ou pas d'influence sur la capacité de travail. S'agissant d'une expertise psychiatrique, le rapport du Dr N _____ peut être considéré comme relativement succinct. En particulier, il ne fait pas état de l'anamnèse médicale de l'assuré, de sorte qu'on ignore si ce spécialiste a eu accès aux documents rédigés par les médecins ayant traité le recourant avant lui, notamment l'expertise du SAM. Ce praticien ne détaille pas non plus l'évolution de l'état de santé psychique de l'assuré dans le temps ou les raisons pour lesquelles il écarte expressément le diagnostic de trouble somatoforme douloureux qui avait été posé auparavant par les spécialistes du SAM et qui avait justifié l'octroi d'une rente. A la lecture de cette expertise du Dr N _____, il est impossible de se convaincre que l'état de santé se serait amélioré par rapport à celui qui prévalait lors de l'octroi de la rente en 2002. L'expert ne met en évidence aucune amélioration objective de la capacité de travail ou d'élément qui pourrait s'en approcher. On doit donc en conclure qu'il s'agit d'une appréciation différente de la capacité de travail par un nouvel expert, laquelle n'est pas de nature à fonder une reconsidération de cette décision. En effet, aucun élément du dossier ne permet de constater un changement déterminant dans la situation de l'assuré, d'autant moins si l'on tient compte de l'expertise du Dr M _____, qui laisserait entendre que la situation serait peu ou prou identique à celle qui existait lorsque le SAM a réalisé son expertise. Par ailleurs, aucun autre médecin ne fait état d'une amélioration notable de l'état de santé du recourant depuis la décision d'octroi de rente. La divergence déterminante entre l'expertise du SAM et celle du Dr N _____, concerne uniquement l'appréciation de la capacité de travail de l'assuré et le fait que ce dernier ne reconnaisse pas de trouble somatoforme douloureux. Ainsi, les conditions nécessaires à une révision de la décision de 2002 ne sont pas remplies en l'état du dossier, de sorte que c'est à tort que l'office a révisé la rente sur la base de l'expertise du Dr N _____ en se fondant sur l'art. 17 LPGA. Toutefois, malgré le fait que les conditions de fond ne soient pas remplies, une reconsidération de la décision de 2002 pourrait être justifiée par le fait que la décision initiale était objectivement mal fondée. Ainsi qu'on l'a vu ci-dessus, une telle reconsidération est possible dans les cas où la décision en cause 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. Le Tribunal de céans pourrait, le cas échéant, confirmer une décision de révision rendue à tort pour le motif substitué que la décision de rente initiale était sans nul doute erronée et que sa rectification

revêt une importance notable. L'office intimé, à juste titre, ne soutient pas qu'il existerait en l'occurrence un motif de reconsidération et rien n'indique objectivement que cela soit le cas. Il est vrai que la jurisprudence du TFA en matière de trouble somatoforme douloureux s'est rigidifiée depuis le prononcé de la décision de 2002 et qu'une rente ne serait plus forcément accordée aujourd'hui dans des cas similaires, cela n'en est pas moins insuffisant pour justifier que cette décision était manifestement erronée au moment où elle a été prise. En effet, elle était à l'époque justifiée par les conclusions de l'expertise du SAM qui a été établie de manière détaillée et répondait aux exigences en matière de preuve (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références). Elle était également légitimée par une pratique plus large en matière de trouble somatoforme douloureux. On rappellera à cet égard qu'un changement de jurisprudence n'est un motif ni de révision au sens procédural du terme ni de reconsidération. Il ne s'agit pas davantage d'un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGa. En 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). Dans le cas d'espèce, on doit constater pour le surplus qu'il n'y a pas eu de véritable changement de jurisprudence, mais que celle-ci est simplement devenue plus sévère en matière de trouble somatoforme douloureux. En conclusion, au vu de l'expertise du SAM, il n'était en tout cas pas manifestement erroné au sens de la jurisprudence d'accorder une rente au recourant en 2002. Aucun élément ne ressort en outre du dossier qui permettrait de douter des conclusions prises par les médecins du SAM. Par conséquent, les conditions d'une reconsidération ne sont pas remplies. Enfin, l'éventualité d'une révision procédurale n'entre pas en ligne de compte puisqu'il n'existe aucun fait nouveau ou moyen de preuve nouveau qui serait susceptible de conduire à une appréciation juridique différente du cas d'espèce (ATF 110 V 141 consid. 2, 292 consid. 2a). En conséquence, c'est à tort que l'OCAI a supprimé la rente du recourant par décision du 19 février 2004, dans la mesure où il n'existait aucun motif de révision au sens de l'art. 17 LPGa, ni de reconsidération ou de révision procédurale. Le recours doit donc être admis pour ce motif.

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