

## **GE\_GERICHTE A/2246/2009 vom 13. März 1995**

GE Cour de justice, 1995-03-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2246\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2246_2009)

FR: GE\_GERICHTE A/2246/2009 du 13 mars 1995

IT: GE\_GERICHTE A/2246/2009 del 13 marzo 1995

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 26.05.2010  
A/2246/2009

A/2246/2009 ATAS/570/2010 du 26.05.2010 ( AI ) , REJETE En fait En droit république et canton de Genève POUVOIR JUDICIAIRE A/2246/2009 ATAS/570/2010 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 4 du 26 mai 2010

En la cause Madame M\_\_\_\_\_, domiciliée à Thônex, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MORISOD Jean-Claude recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Madame à M\_\_\_\_\_, née en 1955, a été victime d'une agression par arme à feu en octobre 1990 ayant entraîné de multiples lésions abdominales et thoraciques. Plusieurs interventions chirurgicales ont ensuite été pratiquées. Le cas a été pris en charge par la NATIONALE SUISSE ASSURANCES (ci-après : la NATIONALE) qui, en sa qualité d'assureur-accidents, a servi les prestations légales. Par décision du 13 mars 1995, la NATIONALE a mis un terme aux indemnités journalières, avec effet au 31 janvier 1995, et a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, fondée sur un degré d'invalidité de 50%. Cette décision reposait notamment sur les conclusions de l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_, psychiatre, du 15 août 1994, selon lesquelles l'assurée souffrait d'un état de stress post-traumatique, à l'origine d'une incapacité de travail de 50%. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité, en relation avec les séquelles somatiques, d'un taux de 20%, a aussi été reconnue. Le 25 novembre 1996, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), tendant à l'octroi d'une rente. Dans un rapport du 15 mai 1997, le Dr Rémy N\_\_\_\_\_-DU-PAN, spécialiste FMH en médecine interne et endocrinologie, a diagnostiqué un syndrome de stress post-traumatique, un état dépressif et une hypothyroïdie substituée. L'assurée avait subi une nouvelle intervention chirurgicale en 1995 en raison d'adhérences après son hémicolectomie droite et sa résection du grêle après blessure par balle. Elle restait très perturbée au plan psychologique par cette agression qui nécessitait un suivi psychiatrique étroit. Le maintien d'une rente AI à 50% paraissait nécessaire. Le 23 août 1999, le Dr M\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, a posé le diagnostic d'un état de stress post-traumatique. Il précisait avoir suivi régulièrement l'assurée du 2 novembre 1992 au 19 août 1997, puis épisodiquement jusqu'à la fin du traitement le 27 avril 1999. L'état dépressif (réactionnel) et les troubles émotionnels s'étaient nettement améliorés. Une certaine vulnérabilité au stress persistait ainsi qu'une fatigabilité occasionnelle. Il ne lui était pas possible de se prononcer sur le degré d'invalidité, qui reposait sur les séquelles somatiques de l'accident. La patiente n'avait pas d'antécédents neuropsychiatriques. Dans un rapport intermédiaire du 24 mars 2001, le Dr M\_\_\_\_\_ a fait savoir qu'il avait vu l'assurée pour la dernière fois le 22 décembre 2000, le traitement étant terminé. L'état de santé était stationnaire et il persistait une certaine fatigabilité et une vulnérabilité au stress. Le pronostic était favorable,

sous réserve des séquelles mentionnées. Par courrier du 30 mars 2001, l'assurée a précisé à l'OAI, à sa demande, qu'après une tentative de reprise professionnelle à 50%, elle avait totalement arrêté de travailler depuis le mois de mars 1998. En date du 22 janvier 2002, le Dr N\_\_\_\_\_ a fait état d'une décompensation dépressive avec difficulté de reprise de la vie professionnelle. La patiente présentait également une grande fatigabilité et une baisse de la concentration. Le 28 novembre 2002, l'assurée a été examinée par les Drs O\_\_\_\_\_, chirurgien, et P\_\_\_\_\_, psychiatre, tous deux médecins au Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). Dans leur évaluation bi-disciplinaire, du 11 décembre 2002, ils ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, une personnalité émotionnellement labile type borderline, décompensée, une éventration cicatricielle et un excès pondéral. La pathologie psychique, actuellement aigue, justifiait une incapacité de travail de 100%, le pronostic étant sombre. Les limitations fonctionnelles somatiques étaient avant tout liées à l'éventration cicatricielle empêchant toute mise sous tension durable et répétée de la musculature abdominale, telle qu'on pouvait la rencontrer chez des travailleurs de force ou des souffleurs de verre par exemple. Dans un emploi de secrétaire ou d'aide médicale, il n'y avait pas d'empêchement réel. En conclusion, du point de vue psychiatrique, l'assurée présentait une capacité de travail de 50% dès 1990 et de 0% dès avril 1998. Par décision du 5 février 2003, l'OAI a reconnu à l'assurée un degré d'invalidité de 100% à compter du 1er octobre 1991, soit à l'échéance du délai d'attente d'un an, de 50% à compter du 1er juin 1992 et à nouveau de 100% dès le 1er avril 1998, conformément aux conclusions des médecins du SMR. La demande de prestations, déposée le 25 avril 1996, étant tardive, les rentes n'étaient versées qu'à compter du 1er novembre 1995, soit une demi-rente du 1er novembre 1995 au 31 mars 1998 et une rente entière dès le 1er avril 1998. Une révision de la rente était prévue en date du 28 février 2008. Le 6 juin 2006, la NATIONALE a décidé de supprimer par voie de révision la rente d'invalidité de l'assurance-accidents, compte tenu des conclusions de l'expertise multidisciplinaire des Drs Q\_\_\_\_\_, psychiatre, et R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, du 9 mai 2005, selon lesquelles la capacité de travail de l'assurée était entière dans une liste non exhaustive d'une dizaine de professions. Le 4 mars 2008, l'OAI a initié une procédure de révision de rente. Dans le questionnaire qu'elle a rempli en date du 14 mars 2008, l'assurée a indiqué que son état de santé était resté le même, s'agissant du syndrome de stress post-traumatique. Des problèmes cardiaques étaient en revanche apparus, un rapport de la Dresse S\_\_\_\_\_, médecin interne au Centre d'accueil et d'urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), faisant état d'un épisode de tachycardie le 20 août 2007, dont le premier bilan n'avait pas montré d'étiologie. Elle a encore précisé qu'elle était sans activité professionnelle depuis le mois de mars 1998. Dans un rapport du 30 mai 2008, le médecin traitant, le Dr N\_\_\_\_\_, a fait état d'un état de santé stationnaire, sans changements dans les diagnostics, et ce depuis 2005. Il n'avait plus revu la patiente depuis le mois de septembre 2007. A la question de savoir quel examen médical complémentaire pouvait être nécessaire, il a répondu qu'une réévaluation psychiatrique pouvait être utile. Le 26 septembre 2008, le Dr T\_\_\_\_\_, du SMR, a émis l'avis que l'expertise multidisciplinaire des Drs Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_, de mai 2005, était convaincante et il n'y avait dès lors aucun motif d'en écarter les conclusions. Par conséquent, il n'y avait aucune atteinte à la santé incapacitante, certainement depuis 2004, très probablement depuis 2002. Dans un projet de décision du 16 octobre 2008, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait supprimer la rente d'invalidité, dès lors que selon le SMR, qui s'était appuyé sur le dossier de

l'assureur-accidents, elle ne présentait aucune atteinte à la santé incapacitante, son degré d'invalidité étant par conséquent nul. L'assurée, représentée par Me Jean-Claude MORISOD, avocat à Fribourg, a formé opposition à cette décision en date du 24 novembre 2008. Elle a exposé que les conclusions de l'expertise du Dr Q \_\_\_\_\_ étaient contestées et ne pouvaient en aucun cas servir de moyen de preuve. Elle avait du reste formé opposition à la décision de la NATIONALE de juin 2006. Dans ces conditions, la mise en place d'une expertise psychiatrique paraissait nécessaire. En date du 24 décembre 2008, les Drs T \_\_\_\_\_ et U \_\_\_\_\_, du SMR, ont émis l'avis que compte tenu des remarques formulées par l'assurée dans son opposition, il convenait de réactualiser les éléments médicaux et organiser une nouvelle expertise. Le 16 février 2009, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre la décision sur opposition de la NATIONALE du 14 janvier 2009, confirmant sa décision du 6 juin 2006 de mettre un terme au versement de la rente d'invalidité LAA. A la suite du mandat d'expertise que l'OAI lui a confié, le Dr V \_\_\_\_\_, psychiatre, a examiné l'assurée et établi son rapport le 6 mai 2009. L'expert a diagnostiqué une dysthymie, des troubles anxieux mixtes avec quelques tendances agoraphobiques et de phobies sociales, ainsi qu'une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. S'agissant des deux premiers diagnostics, il n'y avait pas d'incapacité de travail de principe. La symptomatologie existait mais elle était influençable dans la mesure où l'assurée cherchait et acceptait de l'aide extérieure. S'agissant de la modification de la personnalité, son impact se situait dans une fourchette de 20%-30% d'incapacité de travail, voire alternativement dans une diminution de rendement. L'évaluation n'était pas tout à fait facile car les éléments de déconditionnement – donc non médicales – intervenaient très fortement. La capacité de travail, en cas de reprise d'une activité, était dans un premier temps handicapée par des problèmes d'adaptation, mais il était tout à fait imaginable que dans un second temps l'expertisée reprenne confiance et assume pleinement ses fonctions. L'expert faisait aussi remarquer que trois ans après l'expertise des Drs Q \_\_\_\_\_ et R \_\_\_\_\_, l'évaluation était relativement proche. Le 20 mai 2009, le Dr A \_\_\_\_\_ du SMR a émis l'avis que l'assurée avait récupéré sa capacité de travail et que celle-ci était entière au moins depuis 2005, date de l'expertise des Drs Q \_\_\_\_\_ et R \_\_\_\_\_. La baisse de rendement de 20 – 30% observée par le Dr V \_\_\_\_\_, susceptible de disparaître après une période de réentraînement au travail, ne revêtait pas le caractère de durabilité nécessaire en assurance-invalidité et il n'y avait pas lieu d'en tenir compte. Par décision du 25 mai 2009, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée, dès le premier jour du 2<sup>ème</sup> mois suivant la notification de la décision. Sa capacité de travail était en effet entière et son degré d'invalidité nul. L'assurée était invitée à s'adresser à l'Office cantonal de l'emploi afin de retrouver une activité professionnelle. Par acte du 25 juin 2009, l'assurée a interjeté recours contre cette décision devant le Tribunal de céans. Elle a conclu, sous suite de dépens, à ce que l'intimé prenne en charge, au titre de mesure médicale, les médicaments prescrits par le Dr V \_\_\_\_\_ et, au titre de mesure professionnelle, la formation continue en techniques de la communication écrite à laquelle elle s'était inscrite, y compris les indemnités journalières correspondantes. La recourante sollicitait également l'apport de la procédure en matière d'assurance contre les accidents, introduite le 16 février 2009. Dans sa réponse du 27 juillet 2009, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Il a fait valoir que selon les conclusions du rapport d'expertise du Dr V \_\_\_\_\_, l'état de santé de la recourante s'était amélioré de manière notable, justifiant une suppression de la rente par la voie de la révision. Par ailleurs, la première décision paraissait contenir une erreur, dès lors

que le passage de la demi-rente à la rente entière s'était opéré sans respecter le délai de trois mois de l'art. 88a al. 2 RAI. S'agissant des mesures médicales réclamées, l'intimé a précisé que la recourante n'y avait pas droit, étant donné qu'elle n'avait plus aucun suivi psychiatrique et ne prenait plus aucun médicament psychotrope depuis plusieurs années. Le seul médecin qui la suivait était le Dr N\_\_\_\_\_ DU-PAN, généraliste, qu'elle voyait une fois par an. S'agissant de la prise en charge de la formation continue auprès de l'université de Genève, l'OAI a observé qu'il s'agissait d'un reclassement au sens de l'art. 17 LAI auquel la recourante n'avait pas droit. En effet, il ne s'agissait pas d'une mesure simple, adéquate et conforme au principe d'équivalence et, de plus, la recourante ne présentait pas un degré d'invalidité de 20%. Le 23 septembre 2009, la recourante a répliqué que la formation dont elle demandait la prise en charge répondait aux critères posés par la loi. Quant à son degré d'invalidité, elle a allégué que la condition d'invalidité de l'art. 17 LAI faisait référence à une invalidité antérieure, qui avait en l'occurrence été admise. Le 18 novembre 2009, le Tribunal de céans, dans la procédure en matière d'assurance-accidents, a entériné la transaction intervenue entre la recourante et la NATIONALE, ce qui a mis fin au litige. Le 2 décembre 2009, le Tribunal a entendu les parties en audience. La représentante de l'intimé a rappelé que la suppression de la rente se justifiait tant sous l'angle de la révision que de la reconsidération. En effet, sur ce dernier point, le passage de la demi-rente à la rente entière n'avait pas été fait conformément à la loi. S'agissant du reclassement, elle a observé que la décision de rente mentionnait que la capacité de travail était entière. En tout état de cause, si une décision séparée sur le reclassement devait intervenir, il s'agirait d'un refus. Le mandataire de la recourante a quant à lui précisé que sa mandante ne s'opposait pas à la suppression de la rente d'invalidité. Le recours portait contre le refus, implicite, d'accorder un reclassement. A la demande du Tribunal, la recourante a indiqué avoir cessé de travailler en 1998. Elle avait travaillé en dernier lieu chez la Dresse W\_\_\_\_\_. Elle avait utilisé un ordinateur et savait s'en servir. Elle était titulaire d'un bac français et d'un certificat d'une école privée de secrétariat. Peu de temps avant l'agression, elle avait entamé un cours du soir pour devenir assistante médicale qu'elle avait ensuite dû interrompre. La formation qu'elle avait débutée à l'université se passait très bien. Ce n'était pas une formation universitaire, mais un programme ouvert à toute personne au bénéfice d'un certain bagage en matière de secrétariat. Elle avait pu obtenir de suivre le programme en une année au lieu de deux ans, sur la base de son curriculum vitae, des livres qu'elle avait écrits, ainsi que de la collaboration qu'elle avait eue avec un professeur d'anthropologie dont le livre avait été édité à Paris. Elle envisageait également de suivre en parallèle une formation de sensibilisation à la médiation et s'était inscrite à un module organisé par le Département de l'instruction publique intitulé « comprendre et faire partager les fictions », censé lui permettre de travailler dans des ateliers d'écriture pour les élèves. Dans sa détermination du 22 décembre 2009, l'intimé a pris acte du fait que la recourante ne contestait pas la suppression de la rente d'invalidité. Seul le refus d'une mesure de reclassement était encore litigieux. A cet égard, l'intimé a souligné que la décision de suppression de rente constituait également une décision formelle de refus de mesures professionnelles. En effet, une mesure de reclassement n'était ouverte qu'à la condition que l'assuré subisse une diminution de sa capacité de gain de l'ordre de 20% au moins, cette perte de gain se calculant de la même manière que lors de la détermination du degré d'invalidité dans l'examen du droit à la rente. Par conséquent, la mesure de reclassement devait être refusée. La recourante ne souffrant d'aucune atteinte médicale ayant une répercussion sur la capacité de travail, son cas ne relevait pas de l'assurance-invalidité. Par

ailleurs, selon l'expertise psychiatrique, la recourante pouvait faire toutes les activités professionnelles accessibles avec ses formations et expériences professionnelles. L'intimé a souligné à cet égard que la recourante était restée très active pendant les dernières années, en publiant notamment deux ouvrages littéraires, et ce à l'insu de l'OAI. Par ailleurs, la formation dont la recourante demandait la prise en charge ne respectait pas le principe d'équivalence ; les cours avaient d'ailleurs lieu en dehors des heures de travail et pouvaient être suivis parallèlement à l'exercice d'une activité lucrative. Enfin, le retrait du monde professionnel était une circonstance étrangère à la notion d'invalidité. En date du 28 janvier 2010, la recourante a précisé qu'elle avait mis deux ans pour écrire le premier ouvrage et sept ans pour terminer le second. Elle n'avait obtenu en tout et pour tout que 3'000 fr. de droits d'auteur. Il ne s'agissait pas d'une rétribution significative qu'elle aurait dû signaler à l'intimé. Quant aux diverses formations qu'elle avait évoquées notamment en audience, la recourante a souligné qu'elles étaient destinées à compléter ses capacités d'assistante administrative et à prouver à un futur employeur son intérêt pour la pratique en communication de l'entreprise. La recourante a encore allégué qu'elle ne partageait pas l'avis de l'intimé selon lequel elle pouvait suivre la formation continue à l'université et travailler en même temps, étant donné qu'elle avait obtenu l'autorisation d'accomplir en une année ce cursus de deux ans. De plus, l'exigence d'une activité lucrative, ajoutée à une double charge de formation, ne se conformait pas à l'activité initiale en milieu adapté envisagée par le Dr V\_\_\_\_\_.

Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. L'examen du droit à des prestations selon la LAI s'agissant d'une révision du droit à la rente en application de l'art. 17 LPGA, voire d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, est régi par la teneur de la loi au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1; 130 V 445 consid. 1.2 et les références). En l'occurrence, les dispositions de la 4<sup>ème</sup> et de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI, entrées en vigueur respectivement le 1<sup>er</sup> janvier 2004 et le 1<sup>er</sup> janvier 2008, sont applicables, la décision litigieuse, du 25 mai 2009, étant postérieure à leur entrée en vigueur Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). Le litige porte, d'une part, sur le point de savoir si l'office intimé était fondé, par sa décision du 25 mai 2009, à supprimer le droit à la rente entière d'invalidité allouée à la recourante en date du 5 février 2003 et, d'autre part, sur le droit éventuel de l'assurée à des mesures médicales ou d'ordre professionnel. En vertu de 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. 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 révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification

importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201). 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). 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). 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; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). A cet égard, un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 129 V 200, consid. 1.2). 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'assurée 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 exigible. 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) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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 et les références). c) 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c.). d) 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 353 consid. 3b/bb). S'agissant des rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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). e) L'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante, puis à s'en approprier les conclusions. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée de différents rapports médicaux, seul leur contenu matériel permet en fin de compte de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si le Tribunal fédéral tient compte de la différence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (cf. arrêts du Tribunal fédéral non publiés 9C\_701/2007 du 20 juin 2008, consid. 3.3 et 9C\_897/2007 du 8 juillet 2008 et les références), il n'a jamais établi, sur la base des critères énoncés précédemment, une hiérarchie entre les divers types d'expertises médicales (cf. arrêt du Tribunal fédéral non publié du 15 septembre 2008, 9C\_885/2007, consid. 3.2). a) Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi

ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). b) En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique (ATF 127 V 294 ). Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine). En l'espèce, il s'agit de comparer la situation de la recourante telle qu'elle se présentait au moment où elle a été mise au bénéfice d'une rente entière (décision du 5 février 2003) avec celle qui prévalait au moment où le droit à la rente a été supprimé (décision du 25 mai 2009). a) Dans la première décision du 5 février 2003, l'OAI a notamment retenu une incapacité de travail entière de la recourante à partir du mois d'avril 1998. Cette décision reposait principalement sur une évaluation bi-disciplinaire du SMR effectuée en novembre 2002. Selon ce rapport, au moment de l'évaluation, la recourante ne présentait pas de séquelles somatiques invalidantes dans un emploi de secrétaire ou d'aide médicale. En revanche, du point de vue psychiatrique, après avoir connu une amélioration de son état de santé, justifiant une capacité de travail de 50%, son état s'était péjoré, et ce à partir d'avril 1998, la recourante ayant du reste arrêté complètement de travailler. Un état dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, était diagnostiqué, de même qu'un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline, décompensé. En 2005, une expertise multidisciplinaire mise en œuvre par l'assureur-accidents (Drs Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_ ) a conclu à l'absence de toute maladie somatique ou psychique invalidante. Selon les experts, sur le plan psychiatrique, « l'assurée a certainement souffert, selon les divers rapports médicaux disponibles et ses propos, d'un syndrome de stress post-traumatique dans un premier temps ; un épisode dépressif dans un deuxième temps, en 2002, lorsqu'elle a été au SMR LEMAN ». Les experts se montraient critiques au sujet du second diagnostic et relevaient que l'expertisée ne présentait plus aucun symptôme de stress post-traumatique. Il existait bien en revanche quelques symptômes anxieux. Aucun diagnostic psychiatrique n'était en substance retenu. La recourante ayant contesté les conclusions de cette expertise, l'intimé a fait procéder à une évaluation psychiatrique, effectuée par le Dr V\_\_\_\_\_ en mai 2009. L'expert a observé que trois ans après l'expertise des Drs Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_, qui avaient constaté une nette amélioration de la situation, on se trouvait dans une évaluation relativement proche. L'assurée était apte à utiliser les transports publics, spontanément souriante, à l'aise dans les formules de politesse, un peu circonscrite, également un peu ralentie, mais

autrement souple, expressive. Au sujet de l'existence d'un état dépressif, l'expert a estimé qu'après pondération il s'agissait tout au plus d'une situation avec des fluctuations dysthymiques. La recourante n'avait plus du tout de suivi psychiatrique et ne prenait depuis plusieurs années aucun médicament psychotrope. L'expert soulignait par ailleurs que l'agression subie par l'expertisée faisait partie des événements pouvant conditionner l'existence et modifier la personnalité. Après une longue pondération, il arrivait à la conclusion que l'impact clinique de la modification de la personnalité était mineur. En conclusion, l'expert a diagnostiqué une dysthymie, des troubles anxieux mixtes avec quelques tendances agoraphobiques et de phobies sociales, ainsi qu'une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. S'agissant des deux premiers diagnostics, il n'y avait pas d'incapacité de travail de principe. La symptomatologie existait mais elle était influençable dans la mesure où l'assurée cherchait et acceptait de l'aide extérieure. S'agissant de la modification de la personnalité, son impact se situait dans une fourchette de 20-30% d'incapacité de travail, voire alternativement dans une diminution de rendement. L'évaluation n'était pas tout à fait facile car les éléments de déconditionnement – donc non médicales – intervenaient très fortement. La capacité de travail, en cas de reprise d'une activité, était dans un premier temps handicapée par des problèmes d'adaptation, mais il était tout à fait imaginable que dans un second temps l'expertisée reprenne confiance et assume pleinement ses fonctions. b) En résumé, l'état dépressif invalidant à 100%, qui a succédé à l'état de stress post-traumatique consécutif à l'agression, retenu par les médecins du SMR en 2002, a évolué au point qu'en 2009, date de l'expertise du Dr V \_\_\_\_\_, voire très vraisemblablement déjà en 2005 - la situation observée par le Dr V \_\_\_\_\_ étant très proche de celle observée par le Dr Q \_\_\_\_\_ -, ce diagnostic n'était plus retenu. Dans ces conditions, force est de conclure, à l'instar des médecins du SMR (cf. avis médical du Dr A \_\_\_\_\_ du 20 mai 2009), que depuis l'octroi de la rente entière, l'état de santé de la recourante s'est modifié de même que ses répercussions sur la capacité de travail. En effet, la cause de l'incapacité de travail entière, à savoir la dépression, a disparu, la capacité de travail de la recourante se trouvant ainsi améliorée. Le fait que l'amélioration de l'état de santé existât très vraisemblablement bien avant que l'intimé ait rendu sa décision de suppression de la rente ne fait en aucun cas obstacle à une procédure de révision. Est en effet seul décisif à cet égard le fait qu'est intervenu un changement des circonstances entre la décision initiale d'octroi de la rente et celle qui modifie ce droit - ce qui est manifestement le cas en l'espèce. C'est d'ailleurs à l'avantage de la recourante que l'intimé ait attendu le mois de mars 2008 pour procéder à une révision des prestations allouées, cependant que les conditions mises à une telle révision étaient éventuellement déjà réunies bien plus tôt. En tout état de cause, l'analyse des états de fait déterminants fait apparaître une évolution significative quant à l'aptitude objective de l'intéressée à reprendre une activité lucrative, ce qui est suffisant pour constituer un motif de révision. Ce point n'est du reste pas contesté par la recourante. c) Dans ses conclusions, le Dr V \_\_\_\_\_ a estimé que l'agression dont avait été victime l'assurée pouvait avoir provoqué une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Selon lui, ce trouble pouvait justifier une baisse de rendement de 20%-30% dans l'ancienne activité, diminution qui pouvait toutefois disparaître après une période de réentraînement au travail. L'expert a tempéré son propos en précisant que l'évaluation n'était pas tout à fait facile car les éléments de déconditionnement – donc non médicaux – intervenaient très fortement. Le Tribunal observe à ce sujet que la baisse de rendement observée par l'expert apparaît, au degré de la vraisemblance prépondérante

requis, être essentiellement imputable à des considérations non médicales - soit un déconditionnement au travail lié à la longue période d'inactivité de la recourante, qui est sans portée. En effet, les difficultés mises en évidence par ce médecin ne résultent pas de la persistance d'une limitation de nature physique ou psychique, mais bien plutôt du retrait du monde professionnel, lequel est une circonstance étrangère à la notion d'invalidité définie aux art. 7 et 8 al. 1 LPGA (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.3 p. 347; voir également ATF 127 V 294 consid. 5 p. 299). L'expert a d'ailleurs précisé que la capacité de travail, pour une telle personne au moment où elle reprenait une activité, était dans un premier temps handicapée par des problèmes d'adaptation, mais il était tout à fait imaginable que, dans un deuxième temps, elle reprenait confiance et assumait pleinement ses fonctions (expertise V\_\_\_\_\_ p. 23). Ainsi, conformément à l'avis du SMR (avis du Dr A\_\_\_\_\_ du 20 mai 2009), la recourante ne présentait plus, au moment de l'expertise du Dr V\_\_\_\_\_, d'atteinte à la santé invalidante du point de vue psychiatrique. Cette solution concorde d'ailleurs avec les constatations de l'expertise de 2005 mise en œuvre par l'assureur-accidents, le Dr V\_\_\_\_\_ ayant lui-même admis qu'elles étaient très proches des siennes. La recourante ayant recouvré une pleine capacité de travail dans l'ancienne activité de secrétaire, c'est à juste titre que l'intimé a supprimé la rente d'invalidité, ce qu'elle ne conteste d'ailleurs pas (cf. PV de comparution personnelle du 2 décembre 2009, p. 1). Dans son recours du 25 juin 2009, la recourante conclut formellement à ce que l'intimé prenne en charge la formation continue en théorie et techniques de la communication écrite auprès de l'université de Genève, à laquelle elle s'était inscrite, et qu'elle lui octroie des indemnités journalières durant cette formation. Elle a également sollicité la prise en charge des médicaments prescrits par le Dr V\_\_\_\_\_, alors que la décision dont est recours ne s'est prononcée sur aucun de ces points. a) Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déférée en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut en principe pas être prononcé (ATF 125 V 413 consid. 1a p. 414; 119 Ib 33 consid. 1b p. 36 et les références). Toutefois, selon la jurisprudence, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2 p. 503, 122 V 34 consid. 2a p. 36 et les références). En l'espèce, la décision litigieuse du 25 mai 2009 n'a porté que sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur la suppression par voie de révision de la rente entière précédemment octroyée. Cette suppression ne saurait être interprétée comme étant un refus, même implicite, d'octroyer des mesures d'ordre professionnel ou médical (cf. 9C\_386/2009, du 1er février 2010). Toutefois, il convient d'entrer en matière sur les conclusions de la recourante tendant à la mise en œuvre des mesures sollicitées, l'office intimé ayant pu prendre position à ce sujet dans ses déterminations sur le recours. L'OAI a du reste explicitement signifié qu'il aurait de toute manière refusé l'octroi de ces mesures, sans autre acte d'instruction complémentaire. Dès lors, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à cette question

qui excède le cadre étroit de la contestation (ATF 122 V 36 consid. 2a et les références). b) Sur le fond, s'agissant de la demande de prise en charge de la formation à l'université de Genève, force est de constater que la recourante sollicite une mesure de reclassement au sens de l'art. 17 LAI. Or, comme le relève à juste titre l'intimé, la recourante ne présente pas un degré d'invalidité d'environ 20%, qui constitue le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références). De manière plus générale, la recourante ne souffrant plus d'aucune atteinte à la santé somatique ou psychique susceptible d'entraver sa capacité de travail dans les activités exercées précédemment (employée de bureau ou secrétaire médicale), il n'y a pas de place pour l'octroi de mesures professionnelles, qui exigent la présence d'une incapacité de travail (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 18 février 2010, 9C\_677/2009). De plus, la formation dont la prise en charge est sollicitée ne semble pas répondre aux principes d'adéquation, d'équivalence et de simplicité requis. La recourante possède un baccalauréat français et une formation de secrétaire, sans certificat de capacité. Elle a exercé divers métiers, notamment comme employée de bureau et comme secrétaire médicale. Il ne semble pas conforme au principe d'équivalence de lui accorder, aux frais de l'assurance-invalidité, une formation universitaire post-grade, à laquelle elle a pu accéder grâce à son expérience d'auteur de deux livres, ce d'autant moins que cette formation semble bien plutôt s'inscrire dans un projet, certes louable, de développement personnel et de réorientation de sa carrière (cf. notamment arrêt du Tribunal fédéral du 12 décembre 2008, 9C\_644/2008). La recourante a d'ailleurs déclaré en audience qu'elle s'était également inscrite à un module organisé par le Département de l'instruction publique, lui permettant de travailler dans des ateliers d'écriture pour les élèves, ce qui confirme cette aspiration. Or, en tant que la recourante est en mesure d'exercer à plein temps son activité de secrétaire, pour laquelle elle dispose d'une formation et d'une expérience professionnelle, il est raisonnablement exigible qu'elle mette à profit cette capacité en exerçant les compétences dont elle dispose dans les activités précitées (cf. arrêt du Tribunal fédéral non publié, I 331/02, du 11 décembre 2002). Il lui appartient au premier chef d'atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (ATF 113 V 28 consid. 4a et les références), en mettant à profit sa capacité de travail. Quant à la conclusion tendant à la prise en charge d'un médicament lui permettant de l'aider dans sa réadaptation professionnelle, force est de constater qu'une telle mesure n'est pas ouverte aux assurés âgés de plus de vingt ans (cf. art. 12 LAI). En tous points mal fondé, le recours ne peut être que rejeté. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante qui succombe. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE La secrétaire-juriste : Verena PEDRAZZINI RIZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le**

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