

## **GE\_GERICHTE A/2339/2007 vom 12. Februar 2008**

GE Cour de justice, 2008-02-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2339\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2339_2007)

FR: GE\_GERICHTE A/2339/2007 du 12 février 2008

IT: GE\_GERICHTE A/2339/2007 del 12 febbraio 2008

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 14 mai 2007 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant pour l'essentiel à l'année 2005, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LPGA. Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA). L'objet du litige porte sur la suppression de la rente d'invalidité jusque-là versée à l'assuré depuis février 2001, singulièrement le point de savoir si son état de santé s'est amélioré depuis la décision initiale d'octroi de rente. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. 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, ATFA non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid 3.2). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). A l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (sur demande ou d'office; ATF 133 V 108). Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant

d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 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). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. 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 (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6).

#### **E. 7**

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, 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. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175 ), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, *La procédure administrative en assurance-invalidité*, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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 in fine).

#### **E. 8**

Le juge des assurances sociales 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 liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid.

3a et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). Ainsi, 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 de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

## **E. 9**

En vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a). Pour trancher le présent litige, il convient de comparer la situation du recourant telle qu'elle se présentait le 31 janvier 2002, date de la décision initiale d'octroi de la rente en sa faveur, et celle qui était la sienne au moment de la décision de suppression de la rente, le 14 mai 2007. Il convient de rappeler que l'assuré avait été mis au bénéfice d'une demi-rente depuis novembre 1996 en raison des troubles cardiaques dont il souffrait et qui l'avaient contraint à réduire son activité professionnelle de moitié. Une rente entière lui avait été accordée dès février 2001, compte tenu de la survenance d'une aggravation de son état de santé. Dans son rapport du 4 avril 2001, le Dr A\_\_\_\_\_ avait en effet ajouté aux diagnostics précédemment posés celui d'état dépressif chronique. Le Dr B\_\_\_\_\_, psychiatre, avait confirmé, le 23 octobre 2001, la présence de troubles dépressifs et anxieux, d'asthénie et d'insomnies. a) Lors de l'instruction menée dans le cadre de la révision initiée par l'OCAI dès mars 2005, il est apparu que, selon le médecin traitant, les problèmes cardiaques s'étaient aggravés, l'assuré ayant souffert en automne 2004 d'épisodes de flutter auriculaire s'accompagnant d'une augmentation de la dyspnée plus particulièrement à l'effort et ayant nécessité l'ablation par radiofréquence de l'isthme cavo-tricuspidien. Le médecin traitant a ainsi estimé l'incapacité de travail de son patient à 100% ; il ne s'est toutefois pas déterminé quant à une capacité résiduelle de travail dans le cadre d'une activité adaptée, ce malgré la question précise posée par l'OCAI. Dans son rapport d'expertise le 4 décembre 2006, le Dr H\_\_\_\_\_ a considéré que rien ne s'opposerait à ce que l'assuré puisse effectuer un travail de bureau à 50%, si ce n'est qu'il n'a plus exercé d'activité lucrative depuis plusieurs

années. L'OCAI s'est cependant écarté des conclusions du Dr H\_\_\_\_\_ pour supprimer complètement la rente, considérant qu'en réalité, vu les résultats obtenus lors des tests d'effort, soit 5,5 METs, l'assuré pourrait travailler à plein temps dans un emploi sédentaires, dans le cadre duquel seuls 2,2 METs sont utilisés. Or, le Tribunal de céans constate que le rapport d'expertise du Dr H\_\_\_\_\_ remplit tous les réquisits de la jurisprudence permettant de lui attribuer pleine valeur probante et que rien ne justifie d'ignorer ses conclusions. Force est en conséquence de constater que l'état de santé de l'assuré, du point de vue cardiaque, n'a subi aucune amélioration, ni depuis 1996, ni depuis 2001. Les troubles cardiaques qui, seuls, avaient justifié l'octroi d'une demi-rente en 1996, auxquelles s'était ajoutée une atteinte psychique dès 2001, sont toujours présents et entravent la capacité de travail d'une manière identique. Il y a ainsi lieu de constater que les conditions de la révision ne sont pas réunies, et que le droit à une demi-rente doit être pour le moins maintenu.

#### **E. 12**

c) L'assuré ayant également fait état de lombosciatalgies, une expertise a été confiée à une rhumatologue, la Dresse F\_\_\_\_\_. Celle-ci a retenu certaines limitations fonctionnelles, concluant toutefois que les troubles constatés en relation avec l'appareil moteur n'exerçaient pas d'influence sur la capacité de travail dans l'activité exercée en dernier lieu. Il convient à cet égard de constater que le rapport de la Dresse F\_\_\_\_\_ a également valeur probante. Reste à déterminer s'il convient de soumettre l'assuré à une expertise pluridisciplinaire, qui ferait appel à un cardiologue, à un rhumatologue et à un psychiatre. Le Tribunal de céans est d'avis que seule une expertise psychiatrique serait utile, l'atteinte cardiologique et les lombosciatalgies ayant déjà fait l'objet d'expertises récentes, respectivement menées par le Dr H\_\_\_\_\_ et la Dresse F\_\_\_\_\_, et les constatations de ces deux experts permettant de conclure que l'atteinte cardiologique justifie toujours, à elle seule, en l'état, l'octroi d'une demi-rente et que les lombosciatalgies en revanche n'impliquent aucune incapacité de travail dans une activité de bureau. Aussi le recours doit-il être admis et le dossier renvoyé à l'OCAI pour qu'il procède à une expertise psychiatrique et notifie à l'assuré une nouvelle décision.