

GE_GERICHTE A/2384/2007 vom 4. März 2008

GE Cour de justice, 2008-03-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2384_2007

FR: GE_GERICHTE A/2384/2007 du 4 mars 2008

IT: GE_GERICHTE A/2384/2007 del 4 marzo 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 04.03.2008
A/2384/2007

A/2384/2007 ATAS/246/2008 du 04.03.2008 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2384/2007
ATAS/246/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES
Chambre 2 du 4 mars 2008 En la cause Madame B _____, domiciliée à VERSOIX,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître ROUVINET Serge recourante
contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97,
GENEVE Intimé EN FAIT Madame B _____ (ci-après: la recourante), née en 1977, a
déposé une demande de prestations AI pour adultes le 29 août 2003, visant l'octroi d'une
rente en raison d'une infirmité congénitale aux pieds et des complications postérieures à
l'opération de ceux-ci, ainsi que d'une dépression. La recourante est au bénéfice d'une
formation d'employée de commerce. En dernier lieu, elle exerçait la profession d'assistante
administrative, de laquelle elle fût congédiée avec effet au 28 février 2003, ayant accumulé
de nombreuses périodes d'arrêt de travail pendant son engagement. Toutefois, son dernier
jour de travail effectif remonte au 8 août 2002. Aux fins d'instruire la requête de la
recourante, l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après: OCAI) a
réuni un certain nombre de documents. Il ressort des éléments versés au dossier que la
recourante souffre depuis son enfance de pieds creux et orteils en marteau. Elle a déjà
bénéficié à cette époque de prestations AI en remise d'orthèses tibiales. En août 2001, la
Doctoresse L _____, spécialiste F.M.H. en chirurgie orthopédique, opère la recourante
à cause d'un hallux valgus bilatéral et aux fins de correction d'orteils en marteau. A la suite
de cette intervention, la recourante se plaint de douleurs inhabituelles et une algodystrophie
est alors suspectée. Ayant réalisé une scintigraphie osseuse le 14 novembre 2001, le
Docteur M _____, spécialiste F.M.H. en radiologie, écarte cette suspicion. Toutefois,
dans ses conclusions du 19 avril 2002, le Docteur N _____, spécialiste F.M.H. en
anesthésiologie, pose le diagnostic d'algodystrophie évoluant dans les suites de
l'intervention chirurgicale et propose un traitement par insertion d'électrode épidurale.
L'opération aux fins d'insertion de cette électrode a été réalisée par le Docteur
N _____ lui-même les 27 et 29 avril 2002. Fin 2002, le Docteur O _____,
spécialiste F.M.H. en chirurgie, rend un rapport d'expertise sur demande de l'assureur perte
de gain maladie de la recourante. Il relève que la recourante se dit "bien améliorée grâce à la
neuromodulation". Elle se plaint de douleurs aux pieds, surtout lors de position debout
prolongée, dans les deux jambes et dans la région sacro-iliaque gauche au niveau de la pile
de l'électrode "que l'on sent très bien sous la peau". Le Docteur O _____ relève que le
site d'implantation de la pile "est extrêmement douloureux et invalidant", et que la
recourante traverse "un état dépressif relativement sévère avec troubles du sommeil,
troubles de l'appétit, asthénie, perte de confiance en soi, crise de larmes nécessitant un

traitement médicamenteux". L'incapacité de travail totale est pleinement justifiée. L'expert ne se hasarde pas à formuler un pronostic, mais relève que ce dernier est "lié de manière importante à l'état dépressif". Derechef, la recourante a ressenti d'importantes douleurs à l'endroit de l'implantation, de sorte que l'électrode a dû être retirée en janvier 2003. Malgré des traitements divers, la recourante ne constate aucune diminution durable de ses douleurs. Plusieurs autres rapports médicaux ont également été rassemblés par l'OCAI. Dans son rapport du 15 septembre 2003, Le Docteur N_____ se limite laconiquement à confirmer son diagnostic et rappeler l'intervention accomplie. Suite à celle-ci, il voit "une amélioration de près de 100% des douleurs". Le Docteur P_____, spécialiste F.M.H. en médecine générale, note, le 8 octobre 2003, sous diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail: hallux valgus bilatéral, orteils en marteau, pieds creux, algodystrophie et état dépressif. Il juge l'état de la recourante en amélioration. Le pronostic est bon: "la patiente doit arriver à complètement récupérer". Toutefois, "une psychothérapie est indispensable". Le 16 février 2004, la Doctoresse L_____, tout en constatant une aggravation de l'état de la recourante, réserve son pronostic, constatant qu'il n'y a "pas d'explication raisonnable au syndrome douloureux persistant". La recourante peut tenir la position assise 4 heures par jour, alterner les positions assis/debout, tenir la même position pendant 2 heures, incliner le buste, être à genoux ou se baisser. La position debout, la marche, la position accroupie, le travail en hauteur, les déplacements sur sol irrégulier ou en pente, le lever, le porter ou le déplacement de charges sont impossibles. La motivation de la recourante pour la reprise du travail est jugée plutôt faible. Sur ce, l'OCAI a demandé une expertise médicale de type Centre d'observation médicale de l'AI (ci-après :COMAI). Du rapport du 7 décembre 2004, il ressort de l'anamnèse familiale que le père de la recourante a également un problème de pieds creux avec orteils en griffe. D'un point de vue subjectif, la recourante se plaint de vertiges, se sent déprimée, découragée. L'anamnèse sociale relève que la recourante a grandi dans des conditions "correctes". Elle garde des relations avec ses parents (mange tous les soirs chez eux) et son frère (le voit une fois par semaine). Elle n'a toutefois plus aucune activité sociale. D'un point de vue professionnel, elle se plaisait à sa dernière place, malgré l'alternance des positions assise/debout et la nécessité de porter souvent des paquets de papier. La recourante indique encore des douleurs aux pieds, au niveau lombaire irradiant dans la fesse gauche, ainsi que dans les membres supérieurs et inférieurs. Les experts ont constaté une absence d'exagération des symptômes par la recourante, la présence d'une cicatrice sur le cadran supéro-externe de la fesse gauche provoquant des douleurs ainsi que des éléments dépressifs majeurs avec retrait social marqué. Une amélioration semble possible avec un traitement antidépresseur et un suivi psychiatrique adapté. L'évaluation rhumatologique fait apparaître des douleurs "invalidantes" des deux pieds. La localisation du boîtier du stimulateur au niveau de la fesse gauche, et les douleurs y afférentes, ont peut-être entraîné des lésions tissulaires à l'origine d'un syndrome douloureux chronique ainsi que des phénomènes de compensation avec scoliose antalgique et surcharge musculo-articulaire. Sur ce point, le pronostic reste "sombre" au vu de l'échec des différents traitements antalgiques déjà administrés sans succès. Les experts concluent que "l'appréciation générale est difficile, tant l'histoire est compliquée". Malgré tout, ils ont eu l'impression de se trouver en face d'une personne "sincère, présentant une anamnèse cohérente avec les observations cliniques". Ils diagnostiquent des douleurs invalidantes aux pieds, un état dépressif, des douleurs au dos et à la fesse gauche, ayant des répercussions sur sa capacité de travail. Ils ne reconnaissent aucune capacité de travail à la recourante. Toutefois, ils pronostiquent une amélioration de

celle-ci, par des mesures psychothérapeutiques, psychopharmaceutiques et orthopédiques (adaptation de souliers). En conséquence de quoi, l'OCAI a octroyé à la recourante, par décision du 8 avril 2005, une rente AI entière avec effet rétroactif au 1^{er} septembre 2002. Il était précisé à la recourante son devoir de diminuer le dommage et de faciliter des mesures de réadaptation. Ainsi, obligation lui a été faite de suivre un traitement psychiatrique comme préalable au réexamen de l'opportunité de mettre en œuvre des mesures professionnelles. Une procédure de révision de rente a été engagée en février 2006, par l'envoi d'un questionnaire à la recourante. Celle-ci y indique que son état de santé est toujours le même et qu'elle a été hospitalisée pour subir une nouvelle opération du pied droit le 12 janvier 2006. Interrogé par l'OCAI, le Docteur Q_____, spécialiste F.M.H. en médecine interne et médecin traitant de la recourante, rappelle, dans son rapport du 11 avril 2006, les importantes déformations des orteils, ayant entraîné des positions vicieuses et un état dépressif réactionnel. L'état de la recourante est stationnaire, voire s'améliore lentement. Le pronostic reste "sombre au vu des importantes douleurs et handicaps, ceci malgré les traitements tant chirurgicaux que médicamenteux ou paramédicaux". Il n'y a "aucune amélioration globale", de sorte que la capacité de travail de la recourante est toujours de "0%". Le Docteur R_____, spécialiste F.M.H. en chirurgie orthopédique, qui a opéré la recourante en janvier 2006, rend son rapport à l'OCAI le 26 juin 2006. Il pose le diagnostic de douleurs aux deux pieds consécutives à l'opération. Toutefois, il voit une "excellente évolution" de la recourante. "L'état s'améliore" au point que "la situation actuelle permet un travail sédentaire assis, tel que la patiente le pratiquait auparavant". A son avis, "cette patiente pourrait retravailler". La recourante peut tenir la position assise 8 heures par jour et celle debout 2 heures, faire des parcours à pied, ainsi qu'alterner les positions assis/debout/marche. Elle peut également lever, porter ou déplacer des charges de 5 à 10 kilos. Toutefois, la position à genoux, l'inclinaison du buste, la position accroupie, le fait de se baisser, les horaires de travail irréguliers, le travail en hauteur ainsi que les déplacements sur sol irrégulier ou en pente sont impossibles. "La situation actuelle permet un travail sédentaire assis". Toutefois, à la question de savoir si l'activité exercée antérieurement par la recourante est encore exigible, il répond ne pas connaître exactement la description du poste de travail. Au vu de ces rapports, l'OCAI a demandé un avis médical au SERVICE MEDICAL REGIONAL AI (ci-après: SMR). En date du 4 août 2006, le SMR constate que "l'état de santé de l'assurée s'est amélioré sur le plan orthopédique". Toutefois, il semblerait que la recourante n'ait pas donné suite à l'obligation de prise en charge psychiatrique. Priée de s'expliquer sur ce point, la recourante affirme avoir eu une "expérience très décevante" avec un psychiatre des Hôpitaux universitaires genevois (ci-après: HUG), mais avoir repris contact avec un nouveau praticien, le Docteur S_____, spécialiste F.M.H. en psychiatrie-psychothérapie. Le 25 octobre 2006, ce dernier informe l'OCAI du fait qu'il n'a vu la recourante que cinq fois et que le traitement est interrompu suite à une nouvelle hospitalisation de la recourante. Au vu de cet état de fait, il ne peut donc "tirer quelque conclusion que ce soit sur les liens éventuels entre son invalidité [de la recourante] et ses difficultés psychiques". De plus, le Docteur S_____ dit n'avoir qu'une vision très superficielle et se sentir incompetent par rapport aux "problèmes somatiques complexes" qui ont conduit à l'invalidité. A nouveau sollicité, il déclare, le 18 janvier 2007, ne plus avoir revu la recourante depuis octobre 2006. Continuant l'instruction de la cause, l'OCAI a derechef contacté les Docteurs R_____ et Q_____. Dans un rapport du 18 décembre 2006, adressé au Docteur R_____ mais rempli par la Doctoresse T_____, spécialiste F.M.H. en médecine interne, la

bonne évolution, mentionnée dans le rapport du 26 juin 2006, est confirmée. La capacité de travail de la recourante est de "100%" dans le métier de secrétaire grâce à une "bonne évolution postopératoire". Il est fait mention que la recourante a été vue quatre fois au cours de l'année 2006, la dernière le 29 mai. Le 13 février 2007, le Docteur Q_____ écrit que "malgré les corrections distales, les troubles de la marche persistent". Ces troubles sont en rapport avec les problèmes orthopédiques de la recourante et leurs suites opératoires, auxquelles vient s'ajouter un syndrome somatoforme douloureux ainsi qu'un état dépressif léger. Ainsi, le pronostic reste "sombre". Il dit voir la recourante une fois par mois. Dans un nouvel avis médical du 22 mars 2007, le SMR, après avoir rappelé que le Docteur R_____ estime une reprise d'activité possible, relève que "l'assurée n'a pas tous mis en œuvre pour réduire le dommage". Notamment, concernant la prise en charge psychiatrique exigée dans la décision d'octroi de rente AI "elle n'a obtempéré que sept mois plus tard et elle a abandonné la prise en charge". Dans ces conditions, la capacité de travail est "entière dès la date de révision dans son métier de secrétaire". Se basant sur ces éléments du dossier, l'OCAI a rendu, le 2 avril 2007, un projet de décision selon lequel la rente AI est supprimée, laissant à la recourante un délai de 30 jours pour faire valoir ses objections. Le 30 avril 2007, la recourante a écrit à l'OCAI pour l'informer que son "état de santé actuel ne [lui] permet malheureusement pas d'envisager une reprise d'activité à court terme". Elle relève également que les troubles de la marche et les douleurs permanentes ne se sont toujours pas estompées, malgré le fait qu'elle se soumette à un traitement de physiothérapie. Avouant n'avoir pas poursuivi de prise en charge psychiatrique, elle estime toutefois que ses douleurs "ne sont pas d'origine psychique, mais physique". En conclusion, elle assure "souhaiter participer activement à [son] rétablissement en vue d'une reprise d'activité à terme". Elle a joint à son courrier une attestation du Docteur Q_____, qui rappelle la persistance de troubles résiduels fonctionnels et que la recourante s'est toujours pliés à la médication antidépressive à elle prescrite. Toujours selon lui, "dire que du point de vue physique la patiente est apte à travailler à 100% [...] semble abusif, vu la persistance de handicaps fonctionnels". Malgré ces nouvelles observations, le projet de décision a été maintenu. En conséquence, la recourante s'est vue notifier par l'OCAI, le 24 mai 2007, une décision supprimant son droit à une rente AI entière, avec effet au 1er août 2007. L'OCAI a invoqué l'absence du suivi psychiatrique exigé et exigible, ainsi que l'amélioration de son état physique d'aux opérations de correction réalisées en 2006. Par ailleurs, l'effet suspensif d'un éventuel recours a été retiré. Recours devant le Tribunal de céans a été formé contre ladite décision, en date du 19 juin 2007. La recourante critique le fait que cette décision soit exclusivement fondée sur les observations du Docteur R_____, qui ne l'a traitée que pour ses problèmes orthopédiques, alors même que l'opinion totalement discordante et maintes fois réitérée du Docteur Q_____ a été totalement balayée, malgré le fait que celui-ci soit son médecin traitant, la voie régulièrement à sa consultation, et bénéficie donc d'une vision globale de sa situation médicale. Par ailleurs, les rapports fournis par le Docteur Q_____ seraient très complets, alors que ceux présentés par le Docteur R_____ seraient lacunaires. En outre, ce dernier aurait constaté une capacité de travail pleine alors qu'il semble ignorer le travail antérieur de la recourante. La recourante critique également la suppression dérivant du motif qu'elle ne se serait pas conformée au traitement psychiatrique. En effet, ce dernier a été interrompu auprès du Docteur S_____ au bout de cinq consultations, du fait d'une nouvelle opération orthopédique et du fait que le praticien s'est déclaré incompetent. La recourante dit ne se sentir guère mieux ainsi qu'elle l'a fait savoir dans un questionnaire sur son état de santé à elle adressé

par la clinique d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil moteur des HUG. Elle relève également que la suppression abrupte de la rente AI, qui constitue sa seule source de revenus, la mettrait dans une situation de gêne financière. Enfin, la recourante juge la décision de suppression totalement arbitraire. En conséquence, elle conclut préalablement à la restitution de l'effet suspensif, principalement à l'annulation de la décision litigieuse et à la restitution d'une rente AI entière, et subsidiairement à la mise en place d'une expertise afin de déterminer sa capacité de travail comme préalable à la restitution d'une rente AI entière, sous suite de dépens. L'OCAI a répondu sur la restitution de l'effet suspensif le 3 juillet 2007, proposant de refuser la restitution au motif que le risque de ne pas pouvoir recouvrer les montants indûment touchés au cas où la recourante serait déboutée par le Tribunal de céans est important. Par arrêt incident du 9 juillet 2007, le Tribunal de céans a rejeté la demande de restitution de l'effet suspensif, réservant la suite de la procédure. Recours n'ayant pas été formé en temps utile, ledit arrêt est désormais entré en force. Dans sa réponse du 20 août 2007 concernant le fond du litige, l'OCAI propose le rejet du recours dans la mesure où la capacité de travail de la recourante est rétablie à 100% du point de vue physique, à en croire les rapports du Docteur R_____, et que, du point de vue psychiatrique, tous les efforts possibles, notamment un suivi psychiatrique, n'ont pas été faits en vue de réduire le dommage. Aux fins d'instruction du recours, le Tribunal de céans a requis le Docteur S_____, le 22 août 2007, afin qu'il s'exprime par écrit sur le diagnostic psychiatrique actuel de la recourante, sa capacité de travail du point de vue psychique, le cas échéant, les causes d'une éventuelle incapacité de travail totale. Par réponse du 18 octobre 2007, le Docteur S_____ tient à signaler qu'il a été frappé par l'attitude de la recourante éprouvant de la "honte face à sa situation actuelle d'invalidé, qu'elle tentait de dissimuler". Il dit avoir envisagé, comme buts de la psychothérapie, l'accueil et l'extériorisation des souffrances éprouvées et refoulées par la recourante. Concernant la capacité de travail, le Docteur S_____ réitère ne pas pouvoir l'évaluer correctement, bien qu'il indique avoir dit à la recourante qu'une activité, même extrêmement limitée, serait profitable aux fins de retrouver confiance en soi. A la suite de quoi, les parties ont été invitées par le Tribunal de céans à lui faire parvenir toutes remarques ou pièces utiles en rapport. Le 7 novembre 2007, la recourante a indiqué au Tribunal de céans avoir repris une activité en tant que secrétaire à raison de neuf heures par semaine, ainsi qu'avoir repris un suivi auprès de la Doctoresse U_____, spécialiste F.M.H. en psychiatrie-psychothérapie, dont le certificat médical joint mentionne: "troubles douloureux chroniques associés à une affection médicale générale" et "trouble dysthymique". Dans ses observations du 26 novembre 2007, l'OCAI relève que le Docteur S_____ n'a pas posé de diagnostic, notamment par rapport à une maladie psychiatrique invalidante. L'OCAI y voit un signe supplémentaire de l'amélioration de l'état de santé de la recourante et souligne que le Docteur S_____ pense qu'une activité adaptée serait bénéfique. Sur quoi, les parties ont été informées le 3 décembre 2007 que la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (ci-après: LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après: LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après: LAI). Sa compétence à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1er 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 130 V 230 consid. 1.1; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1; ATF 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss. LPGA. La question litigieuse que le Tribunal de céans doit trancher consiste à savoir si c'est à juste titre que, sur révision, l'OCAI a supprimé la 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. 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 ; ATF 113 V 275 consid. 1a; ATF 112 V 372 consid. 2b et ATF 112 V 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; 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). 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 RAI; cf. ATF 127 V 467 consid. 1 et 121 V 366 consid. 1b). Savoir si l'état de santé de la recourante s'est modifié entre la décision d'octroi de la rente et celle de suppression, ou encore si le degré d'invalidité a subi des variations malgré un état de santé demeuré stable est une question délicate. Il s'agit de comparer les faits, essentiellement du point de vue médical, tels qu'ils étaient au moment de l'octroi, respectivement de la suppression, de la rente. Pour ce faire, le Tribunal de céans doit préalablement s'instruire en prenant connaissance des diverses pièces médicales versées à la procédure devant lui par les parties, et juger du poids respectif de celles-ci. 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 a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268).

Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, 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; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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). 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après: TFA) 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). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 de l'expert 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; ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). D'une manière générale, le diagnostic des atteintes à la santé doit s'appuyer légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). 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) L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère ici clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière

sobre et libre de toute qualification dépréciante ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (voir à ce sujet MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss., ainsi que PAYCHÈRE, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension, page 133 ss., in : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002; également ATF 125 V 352 consid. 3a; ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). En principe, l'administration (ou le juge en cas de recours) ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à disposition de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence du TFA, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou que d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert permettant une interprétation divergente des conclusions de ce dernier, ou au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). En l'espèce, plusieurs pièces sont potentiellement pertinentes aux fins d'évaluer l'état de santé de la recourante au moment de la suppression de la rente: les rapports médicaux adressés à l'OCAI par les Docteurs Q _____ et R _____, le courrier du Docteur S _____ pendant la phase d'instruction écrite par devant le Tribunal de céans ainsi que l'attestation de la Doctoresse U _____ versée au dossier par la recourante. La recourante fait valoir que les rapports du Docteur R _____ seraient lacunaires. Cette constatation n'est pas partagée par le Tribunal de céans. Il est exact que les rapports du Docteur R _____ se réfèrent exclusivement à l'état physique de la recourante. Contrairement aux affirmations de celle-ci, cela n'est pas critiquable, car c'est exactement ce qui était attendu de lui. Le Docteur R _____ est, en tant que spécialiste, manifestement compétent pour juger de l'évolution orthopédique de la recourante, l'ayant lui-même opérée et ayant constaté les suites de l'opération. Il n'avait pas à s'exprimer sur d'autres volets de l'état de santé de la recourante, hors de son champ d'expertise. Lorsqu'il s'exprime sur la capacité de travail de la recourante, il fait constamment référence à son évolution postopératoire. Il a donc une vision dynamique de la situation, ses constatations étant motivées par ses observations de l'évolution de la recourante. Bien sûr, il reconnaît ne pas connaître exactement la description du poste de travail occupé par la recourante antérieurement à son invalidité. Toutefois, il dit croire qu'elle était secrétaire, ce qui est d'ailleurs exact. De plus, il est d'avis que la recourante pourrait retravailler dans une profession sédentaire, groupe duquel le secrétariat fait indéniablement partie, et c'est ce qui importe en définitive. Au cours de la procédure de révision, le SMR Léman s'est également basé sur les rapports du Docteur R _____ pour émettre ses avis médicaux allant dans le sens d'une amélioration de la situation orthopédique de la recourante. Ses considérations emportent donc la conviction, bien qu'elles soient systématiquement contestées par le Docteur Q _____. Déjà, le Tribunal de céans ne peut qu'accorder un poids inférieur aux rapports de ce dernier, médecin traitant de la recourante et non-spécialiste en orthopédie, au vu de la jurisprudence rappelée plus haut concernant l'appréciation des rapports médicaux émanant du médecin de famille. De plus, c'est essentiellement pour d'autres raisons que les rapports du Docteur Q _____ n'emportent point la conviction. D'abord, son opinion concernant l'état de santé physique de la recourante, qui, selon lui, ne s'est, au demeurant, que peu voire pas modifié depuis l'époque de l'octroi de la rente, reste isolée et ne bénéficie pas du degré

d'expertise du Docteur R_____. Aucun confrère ne vient jamais confirmer ses dires. Par ailleurs, dans ses rapports adressés à l'OCAI, le Docteur Q_____ se réfère systématiquement et génériquement aux problèmes orthopédiques et psychiatriques de la recourante pour conclure à un pronostic sombre. Il n'explique cependant jamais le raisonnement qu'il suit, du point de vue médical, pour parvenir à de telles conclusions. Ainsi, il apparaît au Tribunal de céans que les rapports médicaux et autres attestations émanant du Docteur Q_____ ne sont pas propres à fonder un doute raisonnable au point de remettre en cause et d'ébranler les opinions du Docteur R_____. Concernant le courrier du Docteur S_____, le Tribunal de céans constate que celui-ci regarde positivement une reprise de travail pouvant redonner confiance en soi à la recourante. Au demeurant, rien ne vient remettre en cause cette affirmation et la recourante a d'ailleurs indiqué au Tribunal de céans s'acheminer effectivement dans cette voie par la reprise partielle d'une activité dans son domaine de compétence. Quant à l'attestation de la Doctoresse U_____, il est difficile de s'y appuyer sans réserves dans la mesure où les diagnostics posés ne sont pas, à teneur de jurisprudence, étayés par une analyse conforme aux critères de classification reconnus. Il en est de même du questionnaire adressé à la recourante par les HUG, dans lequel elle exprime d'un point de vue subjectif des douleurs la limitant dans ses activités, pour juger son état de santé objectif. Le Tribunal de céans considère les observations du Docteur R_____ comme ayant pleine force probante par rapport aux autres pièces mentionnées qui ont une force probante moindre. L'OCAI s'y est donc fondé à juste titre, suivant en cela l'avis du SMR. Il convient de rappeler que la recourante avait été mise au bénéfice d'une rente AI entière pour des problèmes orthopédiques accompagnés de douleurs et d'un état dépressif en rapport. Le Docteur R_____ affirme que les opérations correctrices qu'il a effectuées sur la recourante ont eu un impact positif sur l'amélioration de son état au point qu'une reprise d'activité à 100% est possible. Dans son rapport du 26 juin 2006, le Docteur R_____ estime que la recourante peut tenir la position assise 8 heures par jour et celle debout 2 heures, alterner les positions assis/debout/marche, ainsi que lever, porter ou déplacer des charges de poids moyen. Le Tribunal de céans est d'avis que cette description d'activités envisageables est dans la droite ligne des exigences des professions liées au secrétariat, activité exercée par la recourante avant sa mise au bénéfice d'une rente d'invalidité et reprise à temps partiel depuis peu. Ainsi, la raison physique ayant motivé l'octroi de la rente a disparu. Du point de vue psychiatrique, il n'est pas nécessaire de s'interroger longuement aux fins de déterminer si la recourante s'est effectivement pliée ou non à la prise en charge psychiatrique qui lui avait été indiquée au moment de l'octroi de la rente. En effet, il est indifférent de connaître en détail les thérapies effectuées ou omises par la recourante, dans la mesure où son état psychiatrique s'est de toute façon amélioré, conformément au pronostic formulé en son temps par les experts du COMAI. Même en prêtant foi aux observations des Docteurs Q_____ et U_____, qui ont, rappelons le, une force probante moindre, l'état dépressif suffisamment lourd pour constituer l'une des motivations de l'octroi d'une rente en 2005 a évolué vers une dysthymie, voire un épisode dépressif léger. Ces affections ne sont pas propres à justifier en elles-mêmes une atteinte à la capacité de gain telle que l'octroi d'une rente doive entrer en ligne de compte. Certes, les atteintes à la santé psychique peuvent, au même titre que celles physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. L'atteinte invalidante à la santé psychique, permanente ou de longue durée, doit être propre à entraîner une incapacité de travail (et donc de gain) durable malgré des mesures thérapeutiques (circulaire AI concernant l'invalidité et

l'impotence - CIIAI, n°1007, p. 21). Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il n'est 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 (ATFA non publié du 19 août 2002, I 607/01 consid. 2. 1 et référence). Le Tribunal de céans est d'avis qu'il est raisonnable d'exiger que la recourante mette à profit sa capacité de travail, ce qu'elle a d'ailleurs fait en reprenant un travail à temps partiel. Il n'est nulle part allégué que cette reprise d'activité se déroule dans de telles conditions qu'elle en devienne déraisonnable ou insupportable pour la société. Au contraire, le Docteur S_____ y voit un moyen pour la recourante de reprendre confiance en elle-même. Il apparaît ainsi que l'état de santé de la recourante s'est amélioré entre la décision d'octroi et celle de suppression, tant du point de vue physique que psychiatrique, et que ceux-ci se situent dans un cadre général et constant d'amélioration de l'état de santé de la recourante. En conséquence, le Tribunal de céans constate que l'état de santé de la recourante ne justifie plus l'octroi d'une rente à teneur de loi. En effet, 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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGa). En conséquence, il n'apparaît pas critiquable de procéder à une révision de la rente octroyée à la recourante dans le sens d'une suppression au motifs que les conditions présentes au moment de l'octroi de la rente se sont modifiées dans le sens d'une amélioration. Certes, il ressort du dossier que la recourante a enduré de grandes souffrances, ceci dès l'enfance, qui ne sont en rien minimisées. S'y sont ajoutées des douleurs consécutives à la pose d'un implant et des difficultés de cicatrisation vu l'emplacement choisi par le chirurgien. Ces douleurs sont bien réelles et l'on comprend qu'elles aient généré un état dépressif. Aujourd'hui, toutefois, l'état de santé est suffisamment amélioré pour permettre la reprise d'une activité lucrative. Il n'y a donc plus de perte de gain susceptible d'ouvrir le droit aux prestations de l'assurance-invalidité. La recourante se plaint de ce que la décision en cause serait arbitraire. Une décision est arbitraire lorsqu'elle viole gravement une norme ou un principe juridique clair et indiscuté, ou lorsqu'elle contredit d'une manière choquante le sentiment de justice et d'équité. La décision doit apparaître insoutenable, en contradiction manifeste avec la situation effective, adoptée sans motifs objectifs ou en violation d'un droit certain. Il ne suffit pas que la motivation de la décision critiquée soit insoutenable; encore faut-il que celle-ci se révèle arbitraire dans son résultat. En outre, il n'y a pas arbitraire du seul fait qu'une autre solution que celle adoptée par l'autorité intimée serait concevable, voire préférable (ATF 133 I 149 consid. 3.1; ATF 132 III 209 consid. 2.1; ATF 131 I 57 consid. 2; ATF 129 I 8 consid. 2.1). L'arbitraire est le dernier rempart de l'administré contre les violations grossières du droit et de l'équité (AUBERT/MAHON, Petit commentaire de la Constitution fédérale de la confédération suisse du 18 avril 1999 - Zurich-Bâle-Genève, 2003, p. 93, n°4 ad art. 9 Cst). Il s'agit essentiellement de la constatation d'une illégalité qualifiée, venant sanctionner l'administration qui a fort mal interprété et appliqué la loi (AUER/MALINVERNI/HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, volume II-les droits fondamentaux - Berne, 2006, p. 535, n° 1141). La décision litigieuse a été prise par l'OCAI, après avoir instruit le dossier en recueillant les avis de médecins ayant suivi la recourante. Des avis médicaux ont également été sollicités auprès de SMR Léman. Après avoir apprécié les différents éléments du dossier, l'OCAI a pris une décision motivée en fait et en

droit. La motivation, basée exclusivement sur des éléments du dossier, ne frappe pas par son caractère insoutenable, pas plus que par son résultat. D'ailleurs, la recourante conteste que l'OCAI fonde sa décision essentiellement sur les rapports du Docteur R_____ ignorant ceux du Docteur Q_____. Ainsi, elle se plaint d'une mauvaise appréciation des preuves, donc d'une question de légalité, et c'est sous cet angle que le Tribunal de céans a jugé la présente cause. On ajoutera que la LAI dispose d'une vaste panoplie de moyens, parmi lesquelles l'octroi d'une rente ne représente que l'ultima ratio. La priorité de la réadaptation sur la rente est en effet un principe fondamental en assurance-invalidité. Vu les efforts de la recourante en vue de se réinsérer professionnellement une mesure socioprofessionnelle de réaccoutumance au processus de travail (art. 14a al. 2 let. a LAI cum 4quinquies RAI) aurait été judicieuse. Malheureusement, le Tribunal de céans ne peut l'ordonner dans la mesure où l'art. 8 al. 1 LAI réserve le bénéfice de l'ensemble des moyens prévus par la loi aux assurés invalides ou menacés d'invalidité, ce qui n'est plus le cas de la recourante. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). La recourante succombant dans ses conclusions, il convient de mettre à sa charge un émolument de 200 fr. 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. 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); 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 Yaël BENZ La présidente Isabelle DUBOIS 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.