

GE_GERICHTE A/2836/2008 vom 27. Januar 2009

GE Cour de justice, 2009-01-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2836_2008

FR: GE_GERICHTE A/2836/2008 du 27 janvier 2009

IT: GE_GERICHTE A/2836/2008 del 27 gennaio 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 27.01.2009
A/2836/2008

A/2836/2008 ATAS/76/2009 du 27.01.2009 (AI) , REJETE Recours TF déposé le 06.03.2009, rendu le 04.12.2009, REJETE, 9C_212/2009 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2836/2008 ATAS/76/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 1 du 27 janvier 2009 En la cause Madame I _____, domiciliée aux AVANCHETS, représentée par Madame Christine BULLIARD de FORUM SANTE recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Madame I _____, née en 1967, originaire du Kosovo, en Suisse depuis 1990, a déposé le 12 février 2002, auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI) une demande visant à la prise en charge d'un reclassement dans une nouvelle profession. Elle a travaillé en qualité de femme de chambre à l'Hôtel X _____ à 100% depuis le 1 er janvier 2000, puis à 50% depuis le 29 novembre 2001 en raison de son état de santé. Elle a été licenciée en juin 2002. Dans deux rapports adressés à l'OCAI les 19 mars et 4 avril 2002, le Dr L _____ de la Permanence de Chantepoulet SA, a déclaré que sa patiente souffrait de cervico-brachialgies droites chroniques avec un status après entorse du rachis cervico-dorsal depuis mai 2000, d'un syndrome dorso-vertébral sur troubles statiques et défaut de musculation depuis le 29 janvier 2001 et de fibromyalgie depuis 2001. Il a expliqué que l'assurée avait été victime d'un accident dans le bus le 12 mai 2000, lequel avait entraîné des douleurs cervicales et scapulo-brachiales droites. Il a précisé que tous les points de fibromyalgie étaient douloureux à la palpation. Il a considéré qu'elle était capable de travailler à 50% depuis le 29 novembre 2001, soit quatre heures par jour, dans son activité de femme de chambre, et de six à huit heures par jour dans le cadre d'un travail avec petites manipulations, en position alternée assise/debout, avec une diminution de rendement de 25 à 50%. Il a ajouté qu'il lui fallait éviter le froid, les poussières et qu'elle était victime d'un mobbing psychologique dans le travail actuel. Mandaté par l'assurance perte de gain de l'employeur de l'assurée, le Dr M _____, spécialiste FMH en rhumatologie, a examiné l'assurée le 10 avril 2002. Dans son rapport d'expertise du 12 mai 2002, le Dr M _____ a constaté qu'elle présentait un tableau clinique de fibromyalgie depuis octobre 2001, souffrait de cervico-brachialgies droites sur dysfonction segmentaire depuis mai 2000 survenues à la suite d'une chute banale, et d'un état anxio-dépressif probable depuis octobre 2001 probablement. Selon lui, dans un travail relativement lourd de femme de ménage, il fallait conclure qu'il existait objectivement une limitation fonctionnelle tant physique que psychique, étant précisé qu'un conflit professionnel exacerbait certainement l'expression de la symptomatologie algique. L'expert considérait que la capacité de travail se limitait actuellement à 50% dans l'activité exercée, une amélioration de la capacité fonctionnelle

après un traitement physique actif et la résolution des conflits de travail pouvant toutefois être envisagée, de sorte qu'une reprise de travail à 100% pourrait être exigible au 1^{er} novembre 2002. Il a par ailleurs indiqué que dans une activité adaptée, sa capacité était totale. L'assurée a été soumise à une évaluation psychiatrique par le Dr N_____, spécialiste FMH en psychiatrie, toujours dans le cadre de l'assurance perte de gain de l'employeur. Dans un rapport du 17 novembre 2002, cet expert a indiqué n'avoir constaté ni signes objectifs de dépression ou d'anxiété, ni ralentissement idéo-moteur. Il existait certes des ruminations soucieuses et des baisses de moral mais elles semblaient essentiellement circonstancielles liées à la survenue des douleurs. Celles-ci ayant une explication physiologique (fibromyalgie et syndrome dysfonctionnel rachidien étagé), elles ne pouvaient être considérées comme psychogènes. Quant aux épisodes passagers de type anxio-dépressif, ils ne semblaient pas atteindre le seuil clinique. Ce médecin a conclu à l'absence d'affection psychiatrique. Par décision du 17 octobre 2003, l'OCAI a informé l'assurée que sa demande de prestations était rejetée, au motif que la fibromyalgie dont elle souffrait n'était accompagnée d'aucune comorbidité psychiatrique. L'assurée a formé opposition le 30 octobre 2003 à ladite décision, sollicitant la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, en raison d'un état dépressif sévère. Elle a produit le 26 février 2004 un courrier du Dr O_____, spécialiste FMH en psychiatrie, daté du 11 février 2004. Celui-ci attestait suivre l'assurée depuis le 9 décembre 2003 pour un état dépressif d'intensité moyenne, mais dont l'évolution dans la durée avait dépassé depuis de nombreux mois le seuil clinique. L'OCAI a dès lors sollicité du Dr N_____, un complément à son évaluation faite en décembre 2002. Le Dr N_____ a ainsi établi un nouveau rapport d'expertise le 6 juillet 2004. Il a relevé que l'état clinique de l'assurée s'était incontestablement aggravé par rapport à sa première évaluation de 2002, même si la comparaison était difficile du fait que l'assurée était actuellement presque au terme de sa grossesse, ce qui modifiait de manière significative de nombreux paramètres physiques et psychiques intervenant dans l'évaluation de la psychopathologie. Selon le Dr N_____, l'intensité de la symptomatologie anxio-dépressive, qualifiée de légère voire d'infra-clinique lors de son examen en novembre 2002, avait augmenté à la fin de l'année 2003, en raison probablement de plusieurs facteurs, soit la décision de l'OCAI de refus de rente (octobre 2003), la survenue d'une grossesse "accidentelle" (novembre 2003), un conflit familial surgissant autour de cette grossesse, le souhait de l'assurée de l'interrompre et la grossesse proprement dite. L'expert a considéré que de toute évidence les plaintes douloureuses étaient disproportionnées par rapport aux atteintes somatiques objectives. Il a retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, quand bien même la dépression était atypique à plusieurs égards. Il n'y avait en effet pas d'idéation auto-dépréciative, élément généralement central de la dépression, puisque l'assurée considérait que son sort était injuste mais en attribuait la responsabilité à l'extérieur, alors que le patient déprimé se voyait habituellement comme indigne et méritant son sort pénible; la symptomatologie dépressive était essentiellement dépendante des douleurs alors que dans la dépression typique elle était indépendante des circonstances; l'assurée enfin manifestait un tonus psychique dans l'expression presque revendicative du sentiment d'injustice et de préjudice, inhabituel dans une dépression de cette intensité. L'expert a dès lors proposé de reconnaître à l'assurée une incapacité de travail complète pour une durée de deux ans au plus, période devant permettre à celle-ci de sortir de la phase actuelle (grossesse, éventuel allaitement) et de mettre sur pied un traitement approprié, institutionnel s'il le fallait. Selon lui, les comorbidités psychiatriques présentes (épisode dépressif moyen avec syndrome

somatique et trouble de l'anxiété généralisée) ne devraient pas être durablement invalidantes; il n'y avait par ailleurs ni affection corporelle chronique ni perte d'intégration sociale. Par décision du 11 janvier 2005, l'OCAI a rejeté la demande de prise en charge de mesures de réadaptation. Il a en revanche, par décision du 22 février 2005, accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} novembre 2004. L'assurée a contesté cette seconde décision par voie d'opposition le 3 mars 2005. Elle a rappelé qu'elle avait présenté une incapacité de travail de 50% depuis le 29 novembre 2001 déjà. Elle sollicitait donc l'octroi d'une demi-rente dès novembre 2002 et, compte tenu de l'aggravation de son état de santé survenue le 21 novembre 2003, l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} mars 2004. Par décision du 30 juin 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition, considérant que ce n'était qu'à partir du 21 novembre 2003 que l'assurée présentait une incapacité de travail justifiable du point de vue médico-juridique. L'assurée a interjeté recours le 20 juillet 2005 auprès du Tribunal de céans. Elle a rappelé que la question de son incapacité de travail dès le 1^{er} novembre 2002 faisait l'objet d'une autre procédure pendante par devant le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA), l'opposant à la Caisse Vaudoise (assureur perte de gain). Elle a dès lors requis la suspension de la présente instance jusqu'à droit jugé par le TFA, ce qui a été fait. En date du 31 août 2006, le TFA a rendu son arrêt dans la cause opposant l'assurée à la Caisse Vaudoise. Se fondant sur l'expertise du Dr M_____, il a considéré que la recourante présentait au 1^{er} novembre 2002 une capacité totale de travail dans une activité adaptée à son état de santé. Il a également relevé que selon le rapport du Dr N_____ du 17 novembre 2002, elle ne présentait pas d'affection psychiatrique. Le Tribunal de céans a repris l'instance et a entendu l'assurée le 24 avril 2007. Celle-ci a déclaré maintenir son recours et produit des rapports médicaux émanant notamment des Drs O_____ du 17 mars 2006, selon lequel elle présentait un syndrome anxieux et dépressif sévère, et P_____. La représentante de l'OCAI a indiqué que la révision du dossier avait commencé depuis le 10 janvier 2006. Par arrêt du 15 mai 2007 en la cause ATAS/555/2007, le Tribunal de céans a rejeté le recours de l'assurée. Dans le cadre de la procédure de révision, le Dr O_____ a produit un nouveau rapport, le 14 juin 2007. Il a indiqué que l'état de santé s'était aggravé et diagnostiqué des épisodes dépressifs sévères sans symptôme psychotique, des troubles dépressifs récurrents et des troubles anxieux. Sur le plan psychiatrique, le syndrome dépressif persistant était en lien avec les douleurs chroniques. Malgré un traitement antidépresseur et un traitement antalgique, l'humeur dépressive était chronique avec quelques fluctuations, mais dans l'ensemble la patiente restait abattue, ralentie, fatigable, irritable et passait une grande partie de ses journées repliée sur elle-même, voyant l'avenir en noir. Son élan vital était nettement diminué, elle pleurait souvent et avait de la peine à faire face à ses responsabilités familiales, malgré beaucoup d'efforts. La situation familiale s'était de plus détériorée suite aux problèmes de santé du mari et aux difficultés professionnelles de ce dernier. Cet état ne permettait pas d'envisager une reprise d'activité professionnelle même partielle avant au moins deux ans. En date des 21 novembre et 13 décembre 2007, l'assurée a été soumise à une expertise bidisciplinaire au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après le COMAI), conduite par les Drs Q_____, psychiatre, R_____, rhumatologue, et S_____, spécialiste en médecine interne. Les experts ont précisé qu'il s'agissait d'un travail nécessitant un consensus. Ils avaient réalisé cette expertise selon les règles de l'art et en toute indépendance. Sur le plan somatique, les experts trouvaient une situation comparable à celle déjà décrite précédemment par les autres somaticiens, à savoir la présence d'un tableau clinique de fibromyalgie. Comme souvent dans ces cas, on relevait

des signes de surcharge avec quelques incohérences et discordances lorsque l'assurée se sentait observée ou non. L'ensemble de la pathologie somatique ne diminuait pas la capacité de travail de manière significative et durable. Sur le plan psychique, la situation était relativement bien stabilisée. L'assurée était suivie sur le plan psychiatrique et bénéficiait d'un traitement médicamenteux. Les experts avaient constaté une légère sensibilité lors de l'évocation de certains thèmes précis, en particulier la situation sociale et incertaine de la famille avec risque de renvoi dans le pays. Pour le reste, c'étaient ses propres insuffisances physiques qui affectaient l'assurée et elle se sentait parfois atonique, épuisée, inutile, mais en ayant clairement conscience de l'importance de son rôle maternel auprès de ses enfants. La capacité de concentration et d'attention était tout à fait normale. L'assurée suivait chaque question et répondait extensivement. Il n'y avait pas de problème de mémoire. Elle était souriante, aimable et ouverte dès le début de l'expertise. La plupart du temps elle était restée dans ce versant positif de l'affect. Il y avait ainsi absence d'une tristesse dominante et indépendante des événements. L'énergie vitale était maintenue. Il existait une ouverture au monde extérieur et l'assurée était informée sur passablement de thèmes. Elle était un peu soucieuse mais pas particulièrement anxieuse. Il n'y avait pas de troubles formels de la pensée ni de symptômes de la lignée psychotique. Il n'y avait aucune particularité à retenir quant à sa personnalité. En résumé, l'assurée se présentait dans un état psychique relativement bien compensé. Il y avait absence de signaux en faveur d'un état dépressif, cliniquement en vigueur. Il y avait présence d'une légère tendance anxieuse et une accentuation d'un équivalent de tristesse, uniquement observable en lien avec des thèmes précis. Le statut psychiatrique était donc sans équivoque. Il n'y avait pas d'atteinte psychique. Dans le cas présent, les experts pouvaient retenir un diagnostic de dysthymie, ce qui correspondait à un état dépressif léger, compensé. Les tendances anxieuses constatées n'avaient plus l'ampleur clinique majeure comme auparavant et n'étaient pas attribuables à un diagnostic proprement dit. Il n'y avait donc pas de comorbidités psychiatriques majeures associées à la fibromyalgie, qui pouvait être assimilée à un syndrome douloureux somatoforme chronique. Chez l'expertisée, il y avait clairement absence des critères invalidants, soit absence de comorbidités psychiatriques importantes, absence d'une affection corporelle chronique, absence d'une perte d'intégration sociale, absence d'un état psychique cristallisé et absence de l'échec des traitements (les traitements avaient apporté des améliorations). En conclusion, il n'y avait aucune incapacité de travailler à retenir. Dans une activité exigible du point de vue rhumatologique, l'expertisée pourrait fonctionner à satisfaction. Une telle activité pourrait même participer à stabiliser encore davantage les tendances dysthymiques mentionnées. Ainsi, la capacité de travail était totale, même dans l'activité exercée jusqu'alors. Dans un avis du 7 mars 2008, la Dresse T_____ du Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR) a conclu que l'assurée présentait une pleine capacité de travail dans son activité habituelle et dans une activité adaptée dès fin 2005. Dans un complément d'expertise demandé par le SMR, le Dr R_____ a indiqué que les douleurs diffuses étaient à mettre sur le compte d'une fibromyalgie. Il n'y avait pas de symptôme ou de signe clinique clair d'irritation radiculaire ou de déficit neurologique, donc pas de corrélation clinique avec les deux hernies discales cervicales mises en évidence à l'imagerie. On pouvait donc considérer que l'activité de femme de chambre était adaptée aux problèmes médicaux somatiques dans ce cas et que la capacité de travail dans l'activité habituelle était entière. Par projet de décision du 21 avril 2008, l'OCAI a proposé de supprimer la rente dès le premier jour du deuxième mois qui suivrait la notification de ladite décision. Il a précisé qu'un recours contre la décision qui serait prochainement rendue

n'aurait pas d'effet suspensif. Par courrier du 24 juin 2008, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision, alléguant que son état de santé ne s'était pas amélioré et qu'elle souffrait d'un état dépressif récurrent fluctuant. Dès lors, une révision de la rente ne se justifiait pas. Elle a produit un certificat du Dr U _____ du 17 juin 2008, selon lequel elle présentait un syndrome dépressif persistant en lien avec les douleurs chroniques, se manifestant sous forme d'une humeur dépressive fluctuante. La patiente était quotidiennement ralentie, fatigable, irritable et son élan vital était nettement diminué. Elle avait présenté plusieurs épisodes dépressifs sévères avec des décompensations parfois assez brutales nécessitant des rendez-vous en urgence à son cabinet. Ce médecin persistait dans son constat clinique d'une forme fluctuante d'un état dépressif installé depuis de nombreuses années, invalidant sur le plan personnel, familial et social. Il faudrait entendre l'avis des proches, en particulier du mari et des enfants, qui décrivaient une mère constamment déprimée qui avait toutes les peines du monde à effectuer quelques activités ménagères simples et qui se plaignait quotidiennement de ses douleurs multiples. À son avis, si le jour de l'examen, l'état dépressif était paru léger et compensé, cela ne voulait pas dire que cet état compensé existait en permanence, dans la durée depuis de nombreux mois. Au contraire, la patiente avait présenté depuis plus d'un an des épisodes dépressifs plus sévères avec ruminations morbides, en particulier lorsque son mari avait vécu des difficultés professionnelles. Les troubles psychiques étaient invalidants et avaient une influence déterminante sur la capacité de travail au point qu'une activité professionnelle partielle ne pouvait être envisagée que d'ici deux à trois ans. Dans son avis sans examen clinique, la Dresse V _____ du SMR a relevé que l'avis du psychiatre traitant était plus favorable à sa patiente, ce qui était parfaitement normal en raison des liens de confiance qui les liaient. Le Dr O _____ confirmait que sa patiente présentait une humeur dépressive d'accompagnement au syndrome douloureux, raison pour laquelle cette humeur dépressive n'était actuellement plus, au premier plan, invalidante. Ce n'était pas le cas lorsque la rente avait été octroyée et que le traitement psychotrope avait dû être interrompu en raison de la grossesse. On ne se trouvait pas actuellement dans le cadre d'une pathologie psychique grave, qui entraînait une incapacité de travail totale dans toute activité, comme c'était le cas à l'époque. Par décision du 24 juillet 2008, l'OCAI a supprimé la rente dès le premier jour du deuxième mois qui suivait la notification de la décision, tout en supprimant l'effet suspensif d'un éventuel recours. En effet, l'expertise effectuée par le COMAI avait mis en évidence un état de santé psychique qui n'était pas d'une gravité suffisante pour admettre le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux. Dès lors, l'assurée était à même de reprendre son activité habituelle à plein temps. Par courrier du 31 juillet 2008, l'assurée, représentée par FORUM SANTE, a recouru contre cette décision auprès du Tribunal de céans, concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision litigieuse. Subsidiativement, elle a requis l'audition du Dr O _____ et l'ordonnance d'une expertise neutre et indépendante. Elle a fait valoir que s'il était vrai que l'avis du Dr O _____, psychiatre traitant, avait en principe aux yeux de la jurisprudence moins de poids que celui d'un expert, il convenait de relever le désaccord fortement marqué entre les deux avis, désaccord qui allait bien au-delà de la complaisance que l'on pourrait craindre de la part d'un médecin traitant. On avait dès lors de la peine à donner crédit à un expert qui ne voyait aucune pathologie, là où son confrère travaillait au long cours à la guérison d'un trouble sévère. L'expert n'était pas crédible lorsqu'il indiquait que seule une dysthymie pouvait être retenue puisqu'il soutenait qu'au plan médicamenteux, il existait encore une marge thérapeutique d'amélioration. Or, la recourante prenait des médicaments à dosage important contre lequel l'expert, qui ne voyait

pas de pathologie, ne s'était pas insurgé. En conclusion, l'état de santé de l'assurée ne s'était pas amélioré depuis l'octroi de la rente d'invalidité. Dans sa réponse du 8 septembre 2008, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Il a fait valoir que le rapport d'expertise du COMAI avait pleine valeur probante et devait être suivi. Aucun élément ne justifiait par ailleurs que soit ordonnée une nouvelle expertise médicale et les arguments apportés ne permettaient pas de faire une appréciation différente du cas. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} 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). Le présent litige est donc soumis à la LPGA, la procédure de révision ayant été initiée en janvier 2006. 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). Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA). La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006, apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal fédéral des assurances (art. 132 al. 2 et 134 OJ). Le présent cas est soumis au nouveau droit, du moment que le recours de droit administratif a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). En outre, les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 (à l'exception de l'art. 68quater entré en vigueur rétroactivement le 1^{er} juillet 2007), seront prises en considération selon les principes de droit intertemporel à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 et au regard des nouvelles dispositions pour la période postérieure (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). a) Il convient en l'occurrence de déterminer si la décision initiale de l'OCAI du 22 février 2005 (octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} novembre 2004) peut être réexaminée par la voie de la révision. Pour que l'art. 17 LPGA s'applique, soit qu'une décision puisse être révisée, il faut que l'état de santé ait subi une modification notable depuis la décision initiale, qui ait une incidence sur le droit à la rente. Il y a lieu dès lors d'examiner cette question. 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'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. 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) 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. 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 la jurisprudence citée). 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 légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. En outre, dans un arrêt récent (ATFA non publié du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogénèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50). Au nombre des critères dégagés par jurisprudence permettant de juger du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, figure au premier plan la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit

primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté. En outre, il est admis que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (cf. notamment ATFA non publié du 28 juin 2005, I 524/04). Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 et les références citées). Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le TFA, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine et les références citées). Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références). c) L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1 er janvier 2004 relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60% et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. Les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). d) 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 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les

faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 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). En vertu de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, toute ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. L'art. 88bis al. 2 let. a RAI stipule que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotence prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. e) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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 sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1). 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 n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi 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). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). Selon la jurisprudence, le fait que le médecin

consulté soit lié à l'assureur par des relations de service ne permet pas pour ce seul motif de conclure à un manque d'objectivité ou d'impartialité de sa part. Il faut qu'il existe des circonstances particulières qui justifient objectivement la méfiance de l'assuré pour ce qui est de l'impartialité de l'appréciation. Le Tribunal fédéral des assurances a ainsi jugé que l'indépendance et l'impartialité des médecins du COMAI étaient garanties déjà avant l'entrée en vigueur de leur nouveau statut du 1er juin 1994 (ATF 123 V 175 ; cf. également RAMA 1999 n° U 332 p. 193). Selon la jurisprudence de la CEDH, le fait que les experts mandatés par le tribunal soient subordonnés à l'une des parties n'est en principe pas incompatible avec l'art. 6 par. 1 CEDH qui garantit le droit à un procès équitable (JAAC 1998 95 917). 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). 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). En l'occurrence, l'OCAI a supprimé par la voie de la révision la rente entière d'invalidité de la recourante octroyée par décision de février 2005. A l'époque, la rente entière d'invalidité avait été accordée sur la base d'une expertise psychiatrique réalisée par le Dr O _____ en juillet 2004. Cet expert a relevé que l'état clinique de l'assurée s'était incontestablement aggravé par rapport à sa première évaluation de 2002, même si, la comparaison était difficile du fait que l'assurée était enceinte, ce qui modifiait de manière significative de nombreux paramètres physiques et psychiques intervenant dans l'évaluation de la psychopathologie. Ce médecin a retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, quand bien même la dépression était atypique à plusieurs égards. L'expert a dès lors proposé de reconnaître à l'assurée une incapacité de travail complète

pour une durée de deux ans au plus, période devant permettre à celle-ci de sortir de la phase actuelle (grossesse, éventuel allaitement) et de mettre sur pied un traitement approprié, institutionnel, s'il le fallait. Selon lui, les comorbidités psychiatriques présentes (épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et trouble de l'anxiété généralisée) ne devaient pas être durablement invalidantes; il n'y avait par ailleurs ni affection corporelle chronique ni perte d'intégration sociale. Sur le plan rhumatologique, il n'y avait pas d'incapacité de travail selon l'expertise du Dr M_____. Pour juger si l'état de santé de la recourante avait évolué depuis juillet 2004, l'OCAI a confié une expertise bidisciplinaire au COMAI (rhumatologique et psychiatrique) en décembre 2007. Il convient tout d'abord de constater que cette expertise a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence fédérale. En effet, elle comporte une anamnèse, énonce des diagnostics précis, prend en compte les plaintes de l'expertisée et ne présente pas de contradictions. Ses conclusions sont claires, bien motivées et convaincantes. Selon les experts, la recourante ne souffre sur le plan psychiatrique que d'une dysthymie sans répercussion sur la capacité de travail, ce qui correspond à un état dépressif léger, compensé et traité par psychothérapie et médicaments. La recourante oppose à cette expertise l'avis de son psychiatre traitant, le Dr U_____. Celui-ci estime, dans un rapport du 17 juin 2008, que sa patiente présente un syndrome dépressif persistant en lien avec ses douleurs chroniques, se manifestant sous forme d'une humeur dépressive fluctuante. Il indique que sa patiente est quotidiennement ralentie, fatigable, irritable et que son élan vital est nettement diminué. Elle avait présenté plusieurs épisodes dépressifs sévères avec des décompensations parfois assez brutales nécessitant des rendez-vous en urgence à son cabinet. Cet état était invalidant sur le plan personnel, familial et social. Il convient tout d'abord de constater que le Dr U_____ indique que la patiente a présenté plusieurs épisodes dépressifs sévères, sans en préciser la durée ni les dates. Par ailleurs, il diagnostique un syndrome dépressif persistant en lien avec les douleurs chroniques, sans en qualifier l'intensité. Contrairement à ce qu'affirme la recourante, son psychiatre n'a pas diagnostiqué un trouble sévère, puisqu'il n'en a pas qualifié l'intensité. Ces constatations imprécises, venant du médecin traitant, ne sont pas à même de remettre en question les conclusions motivées des experts. En outre, il convient de relever que le Dr U_____ avait diagnostiqué un état dépressif sévère datant de mars 2003 (rapport de mars 2006), qui n'avait pas été confirmé par l'expert O_____ qui avait qualifié, en juillet 2004, l'état psychique d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et trouble de l'anxiété généralisée. Par ailleurs, l'expert qui indique qu'il existe encore une marge thérapeutique d'amélioration s'agissant de la prise de médicaments ne se contredit pas, puisque la recourante souffre d'une dépression légère (dysthymie) qui selon lui pourrait encore être améliorée. Enfin, il n'y a pas non plus contradiction à soutenir que l'état psychique n'est que dysthymique, grâce au traitement médicamenteux et psychothérapeutique. Il y a ainsi lieu de relever que les arguments du Dr U_____ étaient déjà connus des experts et que ce médecin n'apporte pas d'arguments nouveaux par rapport à son rapport du 14 juin 2007. Cet avis n'est ainsi pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise, qui seront dès lors suivies. Ainsi, il convient de constater que l'état de santé psychique de la recourante s'est amélioré par rapport à l'expertise du Dr O_____ de juillet 2004. À cette date, en effet, l'assurée présentait un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et trouble de l'anxiété généralisée. Lors de l'expertise de décembre 2007, l'épisode dépressif moyen s'est amendé et la recourante ne présente plus qu'une dépression légère sous forme de dysthymie. Partant, sa capacité de travail est entière tant sur le plan psychique que sur le plan somatique et les experts estiment

que les troubles physiques n'empêchent pas la recourante d'exercer son activité habituelle de femme de chambre. Partant, il convient de constater que le degré d'invalidité est nul et que par conséquent la rente d'invalidité qui avait été octroyée doit être supprimée par la voie de la révision (art. 17 LPG), conformément aux art. 88a al. 1 RAI et 88bis al. 2 let. a RAI. La décision de l'OCAI du 24 juillet 2008 n'est dès lors pas critiquable et doit être confirmée. Enfin, l'état de santé a été suffisamment investigué (l'expertise du COMAI de décembre 2007 ayant pleine valeur probante) et ni l'ordonnance d'une nouvelle expertise ni l'audition du Dr U_____ ne se justifient. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté. La recourante qui succombe n'aura pas droit à des dépens. **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 Marie-Louise QUELOZ La Présidente Doris WANGELER La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER 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.