

GE_GERICHTE A/4212/2008 vom 25. Mai 2010

GE Cour de justice, 2010-05-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4212_2008

FR: GE_GERICHTE A/4212/2008 du 25 mai 2010

IT: GE_GERICHTE A/4212/2008 del 25 maggio 2010

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 25.05.2010
A/4212/2008

A/4212/2008 ATAS/616/2010 du 25.05.2010 (AI) , ADMIS Recours TF déposé le 06.07.2010, rendu le 11.04.2011, PARTIELMNT ADMIS, 9C_560/2010 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/4212/2008 ATAS/616/2010 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 1 du 25 mai 2010 En la cause Monsieur G_____, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MOURO Manuel recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Monsieur G_____ (ci-après : l'assuré) ressortissant espagnol, né en 1952, sans formation professionnelle, est arrivé en Suisse en 1980. Il a exercé l'activité de chauffeur-livreur, puis celle de nettoyeur. Dès octobre 1990, l'assuré a été en incapacité de travail. Le 25 septembre 1992, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après : l'OAI). Dans un rapport du 10 mars 1993, le Docteur L_____, médecin traitant et spécialiste en neurologie et neurochirurgie, a posé les diagnostics de status après traumatisme crânien avec commotion cérébrale (ci-après: TCC) et fracture pariéto-temporale gauche, suivie d'une paralysie faciale transitoire gauche ainsi que des dorso-lombalgies récidivantes avec cervicobrachialgies gauches chroniques. Il a expliqué qu'en 1984, l'assuré avait été victime d'un accident du travail avec commotion cérébrale. Depuis trois ans, des algies cervicale et dorsale au travail et à la flexion du tronc en avant, avec fatigabilité, céphalées chaleur, cervicobrachialgies gauches et vertiges épisodiques étaient apparus progressivement. Ne pouvant plus effectuer la profession lourde de nettoyeur, l'assuré devait être recyclé. Du 10 janvier au 4 février 1994, l'assuré a été soumis à une observation professionnelle. Il résulte de la synthèse du rapport COPAI daté du 24 février 1994, que l'assuré ne pouvait plus travailler dans le circuit économique normal, en raison notamment d'une aggravation progressive de ses symptômes physiques et des séquelles du traumatisme crânien cérébral de 1984. En date du 11 novembre 1994, le Dr M_____, spécialiste en médecine interne et en médecine du travail, a rendu un rapport d'expertise à la demande de l'OAI. L'assuré paraissait parfaitement capable d'assumer de façon régulière à plein temps une activité de nettoyage, telle que celle effectuée avant de s'arrêter de travailler. Il pensait que ce travail n'était nullement nuisible à son état de santé, y compris sur le plan psychique. L'expert estimait l'invalidité de l'assuré à 40 %. Dans un rapport du 22 juillet 1999, le Dr L_____ a indiqué que l'état de santé de son patient était stationnaire. Dans une note du 17 août 1999, l'OAI a admis que, compte tenu des limitations évoquées par le médecin traitant, il était difficile d'imaginer des activités raisonnablement exigibles de la part de l'assuré. Des activités sérielles dans l'industrie des machines ne paraissaient pas réalistes dès lors que l'assuré était limité dans

l'utilisation du membre supérieur gauche et ne pouvait effectuer de mouvements répétitifs. Il convenait plutôt de se baser sur l'évaluation dans une activité industrielle à 100%, mais en atelier protégé où les exigences étaient moindres et tenaient compte des limitations. Par décision du 6 octobre 2000, l'OAI a octroyé à l'assuré une demi-rente dès le 5 octobre 1991 (taux d'invalidité de 50%) et une rente entière dès le 1^{er} février 1993 (taux d'invalidité de 70%). En juillet 2004, l'OAI a ouvert une procédure de révision du droit à la rente de l'assuré. Le 30 août 2004, l'assuré a informé à l'OAI que son état de santé était toujours le même et qu'il était salarié à temps partiel auprès de X _____ et Cie SA, à raison de dix heures par semaine depuis le 1^{er} novembre 1998 pour un salaire de 756 fr. par mois. Dans une note du 9 mai 2005, le Dr N _____, médecin conseil de l'OAI, a indiqué que lors de la décision initiale, l'assuré présentait une atteinte du rachis ainsi qu'un état anxio-dépressif justifiant un travail en atelier protégé. Selon le médecin traitant, l'assuré ne présentait maintenant plus de problèmes psychiques. Il se demandait dès lors si le travail à 25% en tant que concierge était le maximum exigible. En date du 5 juillet 2005, l'assuré a été examiné par les Drs O _____, P _____ et Q _____, médecins auprès du service de rhumatologie des HUG, pour expertise. Les limitations en relation avec les troubles constatés étaient sur le plan physique une incapacité totale de travailler dans un métier impliquant une contrainte physique lourde. La capacité résiduelle était estimée à 25% dans un travail léger permettant souvent de changer de position et ne nécessitant pas de concentration importante excédant une heure, telle que l'activité de concierge exercée jusqu'alors par l'assuré. Une évaluation psychiatrique paraissait essentielle. Le 25 octobre 2005, les experts ont répondu aux questions complémentaires posées par le Dr N _____. Dans une note du 14 novembre 2005, le Dr N _____ a estimé qu'il n'y avait pas de troubles physiques objectifs et importants mis en évidence pour justifier une quelconque incapacité de travail, en particulier dans un poste léger physiquement. Il relève que les experts font appel à des notions psychologiques pour expliquer le handicap fonctionnel, en particulier la kinésiophobie. Or, ce terme ne figure pas dans les traités de psychiatrie. En date du 18 avril 2006, le Dr R _____, spécialiste FMH en psychiatrie, mandaté par l'OAI, a rendu son rapport d'expertise. Il a posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F.45.4), ainsi qu'une longue phase d'incapacité de travail (Z56) et une situation familiale atypique (Z60.1). Dans une note du 14 juillet 2006, l'OAI a rappelé que dans son projet de décision initiale, une invalidité de 55 % avait été envisagée. Pour des raisons obscures, suite à l'audition de l'assuré, une invalidité de 70% avait finalement été retenue, au motif qu'il ne pouvait travailler que dans un milieu protégé. Dans le cadre de la présente procédure de révision, les expertises rhumatologique et psychiatrique font état d'un trouble somatoforme douloureux sans atteinte psychiatrique. Compte tenu de ce diagnostic, le SMR a conclu à une capacité de travail entière avec une légère diminution de rendement. La décision initiale était manifestement erronée du fait que la comparaison des gains ne reflétait pas la capacité de gain exigible sur un marché de travail équilibré telle qu'elle ressortait de l'ensemble des pièces médicales recueillies. En outre, l'assuré travaillait depuis 1998 une dizaine d'heures par semaine en tant que concierge dans l'immeuble qu'il habitait. Cette circonstance économique infirmait l'avis du réadaptateur qui avait établi la comparaison des gains initiale. Une reconsidération s'imposait, du fait que l'assuré était capable de travailler entre 50 et 100% en tant que concierge. Il convenait par conséquent d'effectuer une comparaison des gains qui tienne compte de cette exigibilité. Le 27 octobre 2006, la Dresse L _____, qui a repris la clientèle de son père, dont le patient, a indiqué que l'état de

santé de celui-ci était stationnaire. Il n'y avait pas d'amélioration du status. Il s'agissait d'un état variable avec aggravations épisodiques. L'intervention chirurgicale portant sur la hernie hiatale avait été reportée au 1^{er} novembre 2006 en raison de problèmes cardiaques et circulatoires. La force de la main gauche était très diminuée et était le siège de paresthésies. Dans une note du 7 février 2007, le Dr N_____ a constaté sur la base des expertises rhumatologique et psychiatrique réalisées respectivement en 2005 et 2006, qu'il n'y avait plus de raison notable pour justifier une incapacité de travail. S'agissant de la présence de paresthésies au niveau des mains, il relève que cette atteinte n'est pas en soi d'une gravité suffisante. Il en est de même de la hernie hiatale opérée. Il n'y a par ailleurs pas de trouble cardiaque mis en évidence. Restent le syndrome douloureux et l'atteinte du rachis, dont les deux expertises ont tenu compte ; il y a lieu dès lors d'en retenir les conclusions, à savoir une capacité de travail entière dans un poste léger. En date du 9 février 2007, l'OAI a informé l'assuré de son projet de suppression de la rente d'invalidité. Il lui a expliqué que suite aux deux expertises, le SMR avait estimé qu'il pouvait occuper à 100% un poste dans l'industrie légère ou dans le nettoyage de bureaux, sans diminution de rendement. Après comparaison des gains, le degré d'invalidité était de 34%. Le 28 mars 2007, le Dr N_____ a constaté que les appréciations du médecin traitant n'avaient pas été confirmées par les deux expertises (rhumatologique et psychiatrique). Hormis des affections, qui pouvaient bénéficier de traitements (hernie hiatale, canal carpien), il n'y avait pas de faits nouveaux limitant de façon durable la capacité de travail dans un poste adapté. En 1994, il était fait mention d'une raideur marquée et douloureuse de tout le rachis. Ceci n'était plus le cas, comme l'avait démontré l'expertise rhumatologique. La Dresse L_____ avait également confirmé ce fait puisqu'elle avait indiqué dans son rapport du 26 janvier 2007 que "les latéro-flexions et torsions du tronc sont modérément limitées, Schober lombaire de 3.5 cm". Il y avait donc amélioration objective, ce qui permettait une réévaluation de la situation. Ainsi, dans un poste adapté, sans port de charges lourdes, sans mouvements répétitifs du rachis et sans travail en hauteur, l'assuré ne présentait pas de limitations de sa capacité de travail. Le médecin traitant énumérait du reste les mêmes limitations, sans en conclure qu'aucune activité ne serait possible. Par décision du 2 avril 2007, l'OAI a confirmé son projet du 9 février 2007, en reprenant les explications précitées du Dr N_____. Par acte du 15 mai 2007, l'assuré a interjeté recours contre la décision précitée, concluant, préalablement, à l'audition des experts mandatés par l'intimé et de la Dresse L_____ et, principalement, à l'annulation de la décision querellée. Il fait valoir que la suppression de rente repose sur la seule opinion du Dr N_____, laquelle était en désaccord avec l'ensemble des médecins consultés, ainsi que les experts rhumatologues et psychiatre. Le Dr N_____ était le seul à avoir posé le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Aucune des pièces versées au dossier ne démontrait une amélioration de son état de santé. Par ailleurs, contrairement à ce que prétendait l'intimé, il n'exerçait aucune activité de concierge depuis de nombreuses années, en raison précisément des maux dont il souffrait. Il était certes en charge, juridiquement, de s'occuper des travaux de conciergerie dans l'immeuble qu'il habite, mais dans les faits, c'était son colocataire qui faisait le travail. Cette activité avait du reste été considérée comme inadaptée lors de la première décision. Les conditions d'une révision n'étaient dès lors manifestement pas réunies. Par arrêt du 20 novembre 2007, le Tribunal de céans a admis le recours et renvoyé la cause à l'intimé pour qu'il procède à une instruction complémentaire en mettant en œuvre une expertise multidisciplinaire par le Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI). Une expertise multidisciplinaire a été réalisée par le

Centre d'expertise médicale (CEMed) le 3 juillet 2008. L'expert a retenu les diagnostics suivants, tout en précisant qu'ils n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail : troubles dégénératifs du rachis (cervical et lombaire), troubles statiques et séquelles de maladie de Scheuerman, syndrome du canal carpien bilatéral, surcharge pondérale, hyperlipidémie, status après fracture du crâne en 1984 et status après cure chirurgicale de hernie hiatale par voie paroscopique en 2006. Aucun diagnostic n'a été mis en évidence sur le plan psychiatrique. Le médecin a indiqué qu'en raison des troubles du rachis, le port de lourdes charges devait être évité ainsi que les mouvements répétitifs du dos. En raison de l'impression d'instabilité ou de vertiges des hauteurs, il fallait éviter le travail sur des échelles ou dans des situations proches du vide (par exemple nettoyage de balcons). L'assuré peut ainsi selon lui travailler à 100% comme concierge, compte tenu des limitations auxquelles il est confronté. Il a estimé que sur le plan somatique, l'incapacité de travail n'avait jamais atteint 20% ou plus. Sur le plan psychique, il a indiqué qu' "il est difficile de se prononcer rétroactivement, mais nous pensons qu'il n'y a jamais eu de maladie psychique." Dans un avis du 11 juillet 2008, le médecin du SMR a ainsi constaté que la capacité de travail dans l'activité habituelle de concierge était de 100% avec une diminution de rendement de 10 à 20% pour tenir compte des limitations fonctionnelles somatiques. Par décision du 17 octobre 2008, l'OAI, se fondant sur un salaire sans invalidité de 70'202 fr. et un salaire avec invalidité de 46'201 fr., a confirmé la suppression de la rente entière, vu le degré d'invalidité obtenu de 34%. L'assuré, représenté par Me Manuel MOURO, a interjeté recours le 19 novembre 2008 contre ladite décision. Il conteste les conclusions retenues par les experts. Il produit un rapport IRM effectué par le Dr S_____ le 15 janvier 2009, ainsi qu'un rapport établi par le Dr T_____ concernant les troubles du sommeil dont il souffre, lesquels permettent de mieux comprendre la péjoration générale de son état de santé. Il reproche aux experts de n'avoir indiqué aucune date à compter de laquelle son état de santé se serait amélioré, de sorte que l'OAI procède ainsi à une reconsidération déguisée sans avoir précisé en quoi la décision initialement rendue aurait été manifestement erronée. Il rappelle que le bien-fondé de l'octroi de la rente en octobre 2000 a été confirmée par les conclusions des experts des HUG du 5 juillet 2005, selon lesquelles sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée était de 25%. Invitée à se déterminer, la Docteure U_____ du Service médical régional AI (SMR) a indiqué le 6 avril 2009, après avoir pris connaissance des rapports médicaux produits par l'assuré, que celui-ci ne présentait pas d'aggravation durable de son état de santé depuis l'expertise du COMAI de mai 2008, sous réserve de la consultation du sommeil du 18 décembre 2008. Par courrier du 30 avril 2009, l'OAI a considéré que les conditions de l'art. 17 LPGA étaient réalisées puisque les pièces médicales versées au dossier de l'assuré antérieurement au 16 mars 2001 (recte 6 octobre 2001), date à laquelle la décision initiale de rente avait été rendue, renaient les diagnostics de status après traumatisme crânien avec commotion cérébrale et fracture pariéto-temporale gauche, suivis d'une paralysie faciale transitoire gauche, dorso-lombalgies récidivantes avec cervico-brachialgies gauches chroniques et status après gastrite ancienne. L'assuré ne pouvait alors plus travailler dans le circuit économique normal. S'agissant en revanche de la situation prévalant au moment de la décision de rente, soit le 7 octobre 2008, il apparaît, à la lecture de l'expertise de type COMAI réalisée par le CEMed de Nyon du 15 mai 2008 qu'il ne subsiste plus de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail et que sur le plan psychiatrique, seules des tendances dysthymiques, sans répercussion sur la capacité de travail, avaient été relevées. La capacité de travail étant désormais à nouveau totale dans

une activité adaptée, l'OAI considère que c'est à juste titre qu'il a supprimé le droit de l'assuré à la rente entière servie jusqu'ici. Il conclut dès lors au rejet du recours. Le Tribunal de céans a ordonné l'audition de la Dresse L _____ le 15 décembre 2009. La Dresse L _____ a à cette occasion déclaré que : "Je considère qu'il y a eu une aggravation de son état de santé depuis 2006 environ, de sorte qu'il ne peut plus travailler comme concierge, même à 25%, en raison du syndrome de l'apnée du sommeil accompagné du syndrome de jambes sans repos, qui implique une fatigabilité, et du syndrome canalaire carpien. L'assuré a également présenté depuis 2006 des troubles du rythme cardiaque, au point qu'une opération portant sur l'estomac a dû être reportée. En 2005 déjà, des médecins qui devaient pratiquer sur l'assuré une colonoscopie s'étaient inquiétés de la fréquence cardiaque. Je précise que le fait qu'une échocardiographie soit normale n'exclut pas nécessairement la présence de troubles du rythme cardiaque. A eux seuls, ces troubles ne peuvent être responsables d'une incapacité de travail. J'estime qu'il n'y a pas eu d'amélioration des troubles du rachis, qu'il y a au contraire des aggravations intermittentes. J'imagine très mal une activité de concierge dans laquelle il n'y aurait pas de port de lourdes charges (un seau d'eau par exemple constituerait une lourde charge) ou de travail sur échelle. Il m'est dès lors difficile de dire quel serait le taux d'activité possible de l'assuré comme concierge. Je ne vois pas bien quelle autre activité il pourrait exercer, dans la mesure où en dehors des limitations liées aux troubles du rachis, il en existe d'autres en relation avec le syndrome d'apnée du sommeil en particulier, qui font qu'il devrait pouvoir se reposer durant la journée et ne pas avoir à marcher trop longtemps (il ne pourrait pas par exemple sortir du Tribunal et en descendre les escaliers sans être très essoufflé). Je souligne qu'il n'a pas un sommeil réparateur, qu'il se réveille fréquemment avec des sensations d'étouffement. Il avait été diagnostiqué en 1984 des troubles post traumatiques dégénératifs. Ces troubles inévitablement vont s'aggraver avec le temps. Une cervicarthrose est un pincement articulaire entre les différentes vertèbres. C'est irréversible et douloureux. Je constate que les experts du CEMED n'en font pas mention. Les cervicarthroses sont vraisemblablement comprises dans les troubles dégénératifs du rachis. Je considère toutefois qu'il aurait fallu mentionner ce diagnostic sous le chiffre 4.1, soit ayant une répercussion sur la capacité de travail. Mon patient est toujours limité dans la mobilité de ses épaules. En 2006, il s'agissait surtout du côté gauche, actuellement cette limitation porte sur les deux côtés. Il souffre de douleurs aux deux côtés, peut-être en raison du fait qu'il compense. Il a moins de force de préhension dans les mains depuis 2006. Il a une force de 15 kilos des deux côtés actuellement. A titre d'exemple, un travailleur manuel de force a entre 90 et 120. Il avait 90 du côté droit en 2000. S'ajoutent à ces problèmes de force, des troubles de la sensibilité dans les mains. Cela rend l'exécution de travaux manuels fins difficiles. Un travail à l'établi par exemple ne me paraît pas adéquat en raison de la posture des bras notamment. Je lui ai prescrit un appareil à pression positive pour le syndrome de l'apnée du sommeil ainsi que du TRITTICO qu'il a cependant voulu arrêter, car il n'apportait aucune amélioration. Je ne connais pas encore les résultats de l'utilisation de l'appareil à pression positive. Une intervention chirurgicale a été envisagée pour l'atteinte du tunnel carpien. L'assuré a cependant hésité, craignant que l'intervention n'amène pas d'amélioration. Un prochain contrôle doit être fait au début de l'année prochaine. Le syndrome de l'apnée du sommeil ne peut être soulagé que par le port d'un masque, ce qui évite les complications (mort subite, problèmes cardiovasculaires). Ce masque n'est cependant pas d'un usage commode. Même si on excluait le syndrome de l'apnée du sommeil, on doit, à mon avis, considérer que l'assuré ne peut pas travailler, ni comme

concierge, ni dans une autre activité, dans la mesure où il ne peut pas rester longtemps debout ou assis et souffre des épaules, bras, mains et genoux." Le 11 janvier 2010, l'OAI a informé le Tribunal de céans qu'il considérait que le témoignage de la Dresse L _____ n'était pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise du CEMed, puisque le SAP, un problème corolaire carpien et le syndrome des jambes sans repos sont des affections traitables. La Dresse L _____ ne justifie pas une aggravation de l'état de santé, de sorte que les conclusions du SMR des 11 juillet 2008 et 6 avril 2009 restent valables. Par courrier du 19 janvier 2010, l'assuré rappelle que les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies puisque l'expertise effectuée le 5 juillet 2005 par les HUG confirme à une capacité de travail de l'ordre de 25%. Il constate que les conditions de la révision ne sont pas non plus réalisées, le CEMed se limitant à dire que l'incapacité de travail n'avait jamais atteint 20% ou plus, et relevant que sur le plan psychique, il était difficile de se prononcer rétroactivement. Les experts ne démontrent pas qu'il y a eu amélioration de l'état de santé, mais se contentent de dire que puisqu'une amélioration n'est ni soutenable ni crédible, autant soutenir que la rente n'aurait jamais dû être attribuée. Il se réfère à l'arrêt du Tribunal de céans rendu le 20 novembre 2007, selon lequel "les pièces figurant au dossier et collectées par l'intimé ne lui permettent pas de se déterminer en toute connaissance de cause et partant de se prononcer sur une éventuelle modification de l'invalidité du recourant. On ne peut par ailleurs exclure que la situation médicale du recourant se soit même aggravée dans le laps de temps qui sépare les deux décisions, contrairement à ce qu'a retenu l'intimé. Le dossier n'est ainsi pas en l'état d'être jugé." Force est de constater, selon l'assuré, que l'instruction menée par l'OAI, demandée par le Tribunal, n'a pas permis d'établir une quelconque modification de son invalidité par rapport à la décision d'octroi de rente du 6 octobre 2000. Ce courrier a été transmis à l'OAI et la cause gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA. L'objet du litige porte sur le droit de l'OAI de supprimer le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité. 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). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (en liaison avec l'art. 8 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui

est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). C'est le lieu de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage, principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Il en résulte que le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). 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 1er 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). a) Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver la révision de celle-ci. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATFA non publié du 28 décembre 2006, I 520/05). L'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA sur les conditions d'une révision du droit à la rente n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés en ce domaine sous le régime du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, si bien que ceux-ci demeurent applicables (ATF 130 V 349 consid. 3.5). En particulier, savoir si l'on est en présence d'un motif de révision du droit à la rente suppose une modification notable du taux d'invalidité. Le point de savoir si un 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 existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il convient d'ajouter qu'à l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5 p.110 ss). Il n'y a en revanche pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier: Urs MULLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne

saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffauser/Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15). b) Conformément à l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain 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 de même lorsqu'un tel changement a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une prochaine complication prochaine soit à craindre. Si l'incapacité de gain d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (cf. art. 88a al. 2 RAI). 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). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATFA non publié du 21 mars 2006, I 247/05, consid. 1.2). 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, 122 V 160 consid. 1c et les références). 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 judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). Il convient également de rappeler que, pour ce qui

concerne 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). Pour trancher le présent litige, il convient de comparer la situation du recourant telle qu'elle se présentait le 6 octobre 2000, date de la décision initiale d'octroi de la rente en sa faveur, et celle qui était la sienne au moment de la première décision de suppression de la rente, le 2 avril 2007. En effet, dès lors que la décision du 6 octobre 2000 est entrée en force et qu'elle repose sur un examen matériel du droit à la rente, elle constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une éventuelle modification du degré d'invalidité. Le droit à une rente entière a été reconnu à l'assuré à compter du 1^{er} février 1993, compte tenu d'un taux d'invalidité de 70%. L'assuré présentait alors un status après TCC et fracture pariéto-temporale gauche, suivie d'une paralysie faciale transitoire gauche ainsi que des dorso-lombalgies récidivantes avec cervicobrachialgies gauches chroniques, céphalées et vertiges (Dresse L _____, rapport du 10 mars 1993). Une IRM de la colonne cervicale avait été faite en juin 1992, laquelle avait montré une discrète discarthrose C5-C6 et C6-C7 sans hernie ou protrusion discale (Dr M _____, rapport du 11 novembre 1994). L'OAI avait admis que l'assuré ne pouvait plus exercer ni sa profession antérieure de nettoyeur, ni des activités sérielles dans l'industrie des machines, dès lors qu'il était limité dans l'utilisation du membre supérieur gauche et ne pouvait effectuer de mouvements répétitifs. En 2005, le recourant continuait à se plaindre de douleurs cervicales et lombaires accompagnées de céphalées, de vertiges, de troubles de la concentration et le diagnostic de syndrome douloureux chronique post-traumatique a été posé (Drs O _____, P _____ et Q _____, rapport d'expertise du 5 juillet 2005). En janvier 2006, une IRM de la colonne cervicale a constaté une cervicuncarthrose sévère C5-C6, C6-C7 associée à des rétrécissements du trou de conjugaison, une protrusion discale ostéophytaire paramédiane droite en C5-C6 et C6-C7 mais sans conflit radiculaire, une dépression des plateaux vertébraux en C7 et D1-D2, des troubles statiques du rachis cervical sous forme d'une scoliose à convexité droite et une diminution de la lordose physiologique (Dr S _____, rapport du 12 janvier 2006). Les experts avaient retenu une capacité de travail de 25% dans une activité légère. S'agissant des troubles de la colonne cervicale, il résulte de ce qui précède que le status s'est modifié dans le sens d'une aggravation. En effet, alors que les lésions radiologiques étaient décrites comme modestes en juin 1992, celles-ci, objectivées par l'IRM du 11 janvier 2006, apparaissent comme étant sévères à cette date. Un syndrome douloureux somatoforme persistant a par ailleurs été diagnostiqué par le Dr R _____ dans son rapport d'expertise du 18 avril 2006, sans qu'il y ait comorbidité psychiatrique. Par décision du 2 avril 2007, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité jusque-là versée à l'assuré, au motif que sur la base de l'expertise rhumatologique des Drs O _____, P _____ et Q _____ du 5 juillet 2005, et l'expertise psychiatrique du Dr R _____ du 18 avril 2006, le SMR avait conclu à une capacité de travail entière avec une légère diminution de rendement. Dans son arrêt du 20 novembre 2007, le Tribunal de céans a considéré que la cause n'était pas en état d'être jugée et a renvoyé celle-ci à l'OAI pour instruction complémentaire. Il résulte du rapport d'expertise multidisciplinaire établi par le Centre d'expertise médicale (CEMed) le 3 juillet 2008, que l'assuré peut travailler à 100% comme concierge compte tenu des limitations auxquelles il

est confronté, soit pas de port de lourdes charges en raison des troubles du rachis, pas de travail sur échelle et pas de mouvements répétitifs du dos. Aucune limitation psychiatrique n'a en revanche été mise en évidence. L'OAI a, par décision du 17 octobre 2008, confirmé la suppression de la rente d'invalidité. Force est de constater que le rapport du CEMed remplit tous les réquisits exigés par la jurisprudence permettant de lui attribuer pleine valeur probante. Le médecin a procédé à un examen complet et effectué une anamnèse détaillée. Ses conclusions, fondées sur l'ensemble du dossier médical, sont claires et bien motivées, de sorte qu'il n'y a en principe pas lieu de s'en écarter. L'assuré les conteste néanmoins. Il allègue que son état de santé s'est au contraire péjoré, étant rappelé que les troubles dont il souffre sont essentiellement dégénératifs et donc peu compatibles avec une rémission, même partielle. Il produit pour preuve une IRM cervicale effectuée le 15 janvier 2009 par le Dr S_____, et mettant en évidence une dégénérescence discale étagée avec discarthroses C5-C6, C6-C7, des protusions discales C5-C6 couvertes par une ostéophytose de localisation médiane et paramédiane droite associée à une ancarthrose avec rétrécissement du trou de conjugaison droit, ainsi qu'un rapport du Dr T_____ du 24 décembre 2008, aux termes duquel les diagnostics de reflux gastro œsophagien, de rhinites chroniques avec hyperactivité bronchique probable et un syndrome d'apnée du sommeil sont posés. La Dresse L_____ a, lors de son audition le 15 décembre 2009, confirmé qu'il y avait aggravation de l'état de santé depuis 2006 environ, que l'assuré ne pouvait plus travailler comme concierge même à 25% en raison du syndrome de l'apnée du sommeil accompagné du syndrome de jambes sans repos qui implique une fatigabilité, et du syndrome canalaire carpien. Elle rappelle que des troubles post traumatiques dégénératifs avaient été diagnostiqués en 1984 et que ces troubles ne peuvent que s'aggraver avec le temps. Il y a lieu de constater qu'en dehors des nouvelles atteintes évoquées par l'assuré (apnée du sommeil et syndrome des jambes sans repos), tant les experts CEMed que les experts des HUG ont retenu les mêmes diagnostics. En revanche, leur appréciation du cas est différente. Force dès lors est de constater que les discordances entre les avis des médecins jusqu'alors et les experts CEMed viennent d'une évaluation différente d'une même situation. Il n'y a dès lors pas matière à révision en l'état. Les conditions de l'art. 17 LPGA ne sont ainsi pas réalisées. Reste à examiner si l'OAI était en droit de reconsidérer sa décision du 6 octobre 2000. Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c p. 17, 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision

initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts 9C_71/2008 du 14 mars 2008, consid. 2; U 5/07 du 9 janvier 2008, consid. 5.2; 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). Au regard de la sécurité juridique, une décision administrative entrée en force ne doit pouvoir être modifiée par le biais de la reconsidération que si elle se révèle manifestement erronée. Cette exigence évite que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (arrêt B. du 19 décembre 2002, I 222/02, consid. 3.2, et les références). Dans un ATF non publié du 13 août 2003, en la cause I 790/01, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a jugé que l'office de l'assurance-invalidité, qui disposait d'avis médicaux contradictoires, avait pris une décision d'octroi de rente manifestement erronée. L'administration s'était contentée de statuer à la lumière de l'appréciation d'un des médecins, alors qu'il lui eut préalablement incombé d'élucider la divergence entre les deux certificats médicaux en ordonnant une expertise médicale. Ainsi, le dossier avait été insuffisamment instruit et la décision découlant de cette instruction lacunaire apparaissait manifestement erronée. Dans un ATF non publié du 4 juillet 2003, en la cause I 703/02, le TFA a estimé que l'office de l'assurance-invalidité, en présence d'un seul avis médical émanant du médecin traitant, avait certes procédé à une instruction lacunaire, mais sa décision, basée sur un rapport médical clair, n'apparaissait pas manifestement erronée. Le TFA a notamment relevé : « Comme le seul avis médical au dossier émane du médecin traitant de S., il aurait sans doute été opportun de soumettre le prénommé, au terme de son stage de réadaptation, à un examen médical circonstancié auprès d'un médecin indépendant. L'office de l'assurance-invalidité y a renoncé, sans que l'on puisse toutefois considérer que l'instruction menée était lacunaire à tel point qu'il n'ait pas satisfait à ses obligations légales en la matière (art. 57 LAI et 69 du règlement sur l'assurance-invalidité - RAI). Or, s'il apparaît ultérieurement, à la suite d'une nouvelle analyse de la situation, que l'appréciation médicale du cas à l'époque était critiquable, cela ne rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement erronée ». En l'espèce, il y a lieu de rappeler que le droit à une rente entière d'invalidité a été reconnu à l'assuré sur la base des rapports du Dr L _____ et du COPAI. Les conclusions de l'expertise des Drs O _____, P _____ et Q _____ du 5 juillet 2005 sont venues confirmer le bien-fondé de la décision prise le 6 octobre 2000. On ne saurait dès lors considérer que cette décision ait été manifestement erronée. L'OAI n'était pas en droit de procéder à sa reconsidération. Aussi le recours doit-il être admis, et la décision du 8 avril 2008 supprimant le droit à la rente entière annulée. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet et annule la décision de l'Office de l'assurance-invalidité du Canton de Genève du 8 avril 2008. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa

notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris WANGELER 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.