

GE_GERICHTE A/4259/2008 vom 3. März 2009

GE Cour de justice, 2009-03-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4259_2008

FR: GE_GERICHTE A/4259/2008 du 3 mars 2009

IT: GE_GERICHTE A/4259/2008 del 3 marzo 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 03.03.2009
A/4259/2008

A/4259/2008 ATAS/248/2009 du 03.03.2009 (AI) , REJETE Recours TF déposé le 25.03.2009, rendu le 22.01.2010, ADMIS, 9C_262/2009 , 9C_485/2010 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/4259/2008 ATAS/248/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 2 du 3 mars 2009 En la cause Madame A _____, domiciliée au LIGNON, représentée par FORUM SANTE Mme Christine BULLIARD recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Madame A _____ (ci-après : la recourante), ressortissante tunisienne, née le en 1955, s'est installée en Suisse en 1983. Infirmière de formation, elle a d'abord travaillé en qualité d'aide soignante dans un EMS, puis, entre 1988 et 2002, en tant qu'employée de cuisine chez X _____. Elle n'a exercé cette activité qu'à temps partiel pour s'occuper de son ménage et de son fils, né en 1990. En mars 2000, la recourante a été soumise à une mammographie, qui a révélé la présence d'une tumeur au niveau du sein gauche. Elle a alors subi une tumorectomie avec curage ganglionnaire, une chimiothérapie, une radiothérapie ainsi que deux opérations de chirurgie reconstructive. Le 1 er octobre 2001, elle a déposé auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après: OCAI) une demande de prestations, visant l'octroi d'une rente d'invalidité. Aux fins d'instruire sa requête, l'OCAI a consulté les divers spécialistes qui la suivaient, soit le Dr L _____, médecin traitant, le Dr M _____, médecin assistant au département d'oncologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: HUG) et le Dr N _____, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive. Bien qu'ils aient posé les mêmes diagnostics, ces médecins ont émis des opinions divergentes sur la question de la capacité résiduelle de travail de la recourante, ce qui a amené l'OCAI à mandater le Dr Alfred B _____, spécialiste FMH en médecin interne, en vue d'une expertise médicale de la recourante. Dans son rapport d'expertise du 3 octobre 2003, ce dernier retient comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail un carcinome du sein gauche, une fragilité psychologique et un état douloureux chronique focalisé surtout sur la colonne lombaire. Pour ce qui concerne le carcinome du sein gauche, il explique que la répercussion sur la capacité de travail est donnée pour la période des traitements. Il précise qu'un lymphœdème douloureux du bras gauche est apparu dans les suites mais qu'il paraît actuellement en voie d'amélioration. S'agissant de la fragilité psychologique, il indique qu'il existe une instabilité de l'humeur et que l'ensemble de la symptomatologie permet de retenir le diagnostic d'une dépression que l'on peut qualifier de moyenne. L'expert expose ensuite les limitations fonctionnelles de la recourante. Il retient, sur le plan physique, qu'il convient d'épargner à la recourante des travaux sollicitant le tronc vertébral d'une manière répétée ainsi que les mouvements répétés du bras gauche, notamment les mouvements nécessitant le lever du

bras en-dessus de la hauteur de l'épaule. Il précise, en outre, que les mouvements des bras ainsi que du dos ne sont pas en soi contre-indiqués et que des mouvements occasionnels sont tout à fait possibles. Sur le plan psychique et mental, il indique qu'il lui paraît judicieux de prévoir des moments de récupération, en raison des troubles du sommeil dont souffre la recourante et de sa fatigabilité. S'agissant de la capacité de travail, il indique que depuis que la recourante est traitée pour son cancer du sein, la situation dans son ensemble a évolué favorablement et que, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites précédemment, il existe une capacité de travail totale sur le plan physique mais qu'il convient de tenir compte d'une diminution de rendement d'environ 30 à 40 % en raison de la fragilité psychique. Pour définir les activités exigibles, fixer le taux et le rendement et examiner l'opportunité d'une mesure de réadaptation, l'OCAI a mis la recourante au bénéfice d'un stage d'observation professionnelle auprès du CENTRE D'OBSERVATION PROFESSIONNELLE DE L'ASSURANCE INVALIDITÉ (ci-après : COPAI), du 19 avril 2004 au 11 juillet 2004. Selon un rapport d'évaluation établi en fin de stage, la recourante ne serait pas prête à retourner travailler dans l'économie traditionnelle. Le COPAI explique, en effet, qu'elle est souvent absente et que son rythme de travail est lent : un rendement de 50 % pour un taux d'activité de 50 %. Il indique qu'elle a de la difficulté à répondre aux exigences posées et qu'elle refuse même certaines activités, avant même de les avoir essayées. Il signale, par ailleurs, que son état physique s'est péjoré en cours de stage et que cela s'est répercuté sur ses aptitudes manuelles et surtout intellectuelles. Il considère néanmoins qu'en se reprenant en main, la recourante pourrait travailler dans le domaine administratif et suggère qu'elle soit mise au bénéfice d'une petite formation dans ce domaine ou du moins d'un stage de formation pratique. Une mesure de réadaptation ne lui paraît pas opportune pour l'instant. Par avis du 24 août 2004, le SMR a indiqué qu'il existait certainement des facteurs extra-médicaux pour expliquer le manque de rendement constaté et qu'il convenait de retenir le taux de capacité de travail exigible médicalement, soit 60 % dans une activité adaptée. En tenant compte des conclusions du COPAI, la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a procédé au calcul du taux d'invalidité professionnelle de la recourante. Se fondant sur le revenu que percevrait la recourante sans atteinte à sa santé, soit 49'773 fr. 10 et sur le revenu qu'elle pourrait percevoir nonobstant son invalidité, soit 25'331 fr. 95 (correspondant au salaire ESS 2000 de 3'658 fr. pour une activité de 41,7 heures et de l'augmentation de salaire de 2001, soit 3'909 fr. par mois, diminué des 40 % de perte de rendement), elle a obtenu un taux d'invalidité professionnelle de 49,10 %. Vu le statut mixte de la recourante, l'OCAI a mandaté le service chargé de l'instruction des cas AI afin qu'il procède à une enquête ménagère et détermine le taux d'invalidité ménagère de la recourante. Dans son rapport d'enquête du 6 septembre 2004, l'enquêteur a décrit les empêchements que présentait la recourante dans l'accomplissement des tâches ménagères et a retenu une invalidité de 34 % à ce titre. Sachant qu'elle travaillerait à 70 % si elle n'était pas atteinte dans sa santé, il a calculé son taux d'invalidité totale en attribuant une part de 70 % à l'incapacité professionnelle et une part de 30 % à l'incapacité ménagère. Il est parvenu à un taux d'invalidité de 45 %. Sur la base de cette constatation, l'OCAI a octroyé à la recourante, par décision du 18 mai 2005, une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} mars 2001 au 31 mars 2005 et, par décision du 22 mars 2005, un quart de rente d'invalidité pour l'avenir, à compter du 1^{er} avril 2005. La recourante n'a pas contesté ces décisions, qui sont entrées en force. Par courrier du 8 juin 2005, le Dr L_____, médecin traitant, a indiqué à l'OCAI qu'il estimait souhaitable que le quart de rente de la recourante soit transformé en demi-rente, sa patiente étant

incapable de travailler à plus de 50 % à cause des séquelles de son cancer du sein gauche, de sa fatigue et des troubles circulatoires au membre supérieur gauche. Pour étayer sa demande, il a adressé, le 5 août 2005, un rapport médical de la Dresse O _____, physiothérapeute, faisant état d'un œdème persistant, modéré certes, mais ayant tendance à s'aggraver lors de surcharge. Dans ce même rapport, la physiothérapeute explique qu'à la suite des cours proposés par le chômage, la recourante a eu besoin de refaire des séances de physiothérapie, en particulier du drainage lymphatique, afin de réguler à nouveau son système circulatoire du membre supérieur gauche. Elle indique, par ailleurs, que sa patiente présente une tendance à la tendinite de l'épaule gauche, dès que son activité quotidienne augmente, et que ses douleurs entraînent des contractures de la ceinture scapulaire irradiant dans la nuque. Elle considère qu'une orientation professionnelle tenant compte de ces éléments serait souhaitable. Par décision du 15 août 2005, l'OCAI a indiqué qu'il refusait d'entrer en matière sur la demande de révision formée par la recourante, au motif que cette dernière ne faisait valoir aucun fait nouveau. Le 9 septembre 2005, la recourante a formé opposition contre cette décision. Elle explique que son état psychique s'est amélioré et qu'elle ne prend presque plus de tranquillisants, que son handicap physique restera à vie et qu'elle est déterminée et motivée à retrouver un emploi adéquat et à apprendre à se former à d'autres horizons professionnels. Sur avis du SMR, l'OCAI a décidé, le 16 janvier 2006, d'admettre l'opposition formée contre la décision de refus d'entrée en matière et de procéder à une instruction complète et nouvelle du dossier. Interpellé par l'OCAI, le Dr L _____ a établi, le 5 avril 2006, un rapport médical dans lequel il pose les diagnostics suivants: hernie discale L5 S1 droit, lombalgies récidivantes, carcinome du sein gauche avec métastase ganglionnaire, status après tumorectomie et curage ganglionnaire axillaire gauche, radiothérapie et cure de Tamoxifen et état dépressif récidivant, surtout depuis février 2000. Il indique que l'état de santé de la recourante s'aggrave et atteste d'une incapacité totale de travail à compter du 7 novembre 2005 et se poursuivant en 2006. Il précise, par ailleurs, que la recourante doit encore subir une opération. La recourante a été opérée le 3 avril 2006, en raison de ses problèmes de dos. Dans leur rapport du 13 avril 2006, les Dr P _____ et Q _____, médecin adjoint et médecin interne au service de neurochirurgie des HUG, expliquent avoir procédé à un debulging du disque L5-S1. Il indiquent que l'intervention s'est déroulée sans complication et que les suites post-opératoires montrent une évolution favorable avec amélioration de la symptomatologie clinique. Dans un rapport médical du 4 août 2006, la Dresse R _____, médecin à l'unité d'oncologie du département de gynécologie et obstétrique des HUG, pose comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail un "debulging L5-S1 pour hernie discale" existant depuis le 3 avril 2006. Comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, elle retient un carcinome mammaire traité par tumorectomie et curage axillaire gauche. Elle indique que depuis son opération, la recourante présente des sciatalgies l'empêchant de rester assise plus de quelques minutes. Sur avis du SMR, l'OCAI a mandaté le COMAI afin qu'il procède à un examen pluridisciplinaire de la recourante (en médecine générale et en psychiatrie). Le mandat a été confié aux Drs S _____, spécialiste FMH en médecine interne et en médecine du travail, et T _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui ont l'un et l'autre procédé à un examen complet de la recourante. Leurs rapports d'examen comportent une anamnèse détaillée, les plaintes de l'expertisée ainsi que son status. Les experts ont, en outre, posé des diagnostics précis, qu'ils ont discuté et apprécié. Après consilium, ils ont établi un rapport d'expertise pluridisciplinaire, daté du 14 septembre 2007, où ils exposent, en préambule, l'ensemble des

pièces médicales sur lesquelles se fonde leur examen, qu'ils résumant brièvement, leurs constatations cliniques et, à nouveau, une anamnèse complète de la recourante. Ils reprennent ensuite les diagnostics posés dans leur rapport respectif, qu'ils apprécient et discutent une nouvelle fois. Ils posent parmi les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, le seul diagnostic de lombalgies mécaniques sur discopathie L5-S1. Les autres diagnostics, à savoir le lymphœdème anamnestique du membre supérieur gauche, le status après debulging du disque L5-S1, le status après tumorectomie et curage axillaire suite à un carcinome canalaire invasif du sein gauche, suivis d'une chimiothérapie et d'une radiothérapie, le status après reconstruction de la plaque aréolo-mamelonnaire et la production ou simulation de symptômes ou d'incapacités soit physiques soit psychologiques (névrose de rente) sont, en effet, considérés comme non invalidants. Dans le chapitre consacré à l'appréciation du cas et au pronostic, les experts indiquent que, d'un point de vue psychiatrique, la recourante présente des fluctuations anxiodépressives, en rapport avec son problème oncologique qui n'aurait pas nécessité de suivi psychiatrique. Ils relèvent que l'examen clinique n'a pas permis de mettre en évidence un lymphœdème significatif du membre supérieur gauche, malgré la différence de périmètre du bras de un centimètre en faveur de la gauche. D'un point de vue rhumatologique, ils constatent la présence d'un syndrome lombo-vertébral gauche, avec rectitude lombaire, contracture musculaire paravertébrale et douleurs à la percussion au niveau L5-S1. Ils font état d'une certaine discordance entre les constatations cliniques relativement limitées et l'importance des plaintes de la recourante. Néanmoins, compte tenu des antécédents locomoteurs de la recourante et de la présence de cette discopathie L5-S1, ils estiment que seule une activité adaptée sans port de charges lourdes, ni mouvements de contrainte répétitifs au niveau du rachis peut être envisageable. Ils précisent que, dans une telle activité, la capacité de travail serait complète avec tout au plus une légère diminution de rendement de 10 à 20 % en raison de la nécessité d'une alternance régulière de position. Ils indiquent, par ailleurs, que pour le membre supérieur gauche, le status actuel est tout à fait rassurant mais qu'une activité sans mouvements répétitifs ou contrainte au niveau du membre supérieur gauche serait souhaitable. À la question de savoir si une réadaptation professionnelle est envisageable, ils répondent que sur le plan de la médecine interne, une telle mesure est tout à fait envisageable pour autant que les limitations fonctionnelles décrites au point B1 soient respectées. D'un point de vue psychiatrique, des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas à envisager, la recourante ayant toutes ses compétences psychiques. S'agissant de la possibilité d'améliorer la capacité de travail, les experts expliquent que, d'un point de vue somatique, la capacité de travail de la recourante peut être améliorée en respectant les limitations fonctionnelles décrites au point B1. D'un point de vue psychiatrique, les plaintes de la recourante sont améliorables par un suivi psychiatrique psychothérapeutique intégré à un traitement antidépresseur, pour autant que la recourante le souhaite. Pour ce qui est de la capacité de travail, les experts indiquent que, dans une activité adaptée, la recourante peut exercer une activité à temps plein, avec une diminution de rendement de 30 à 40 %. En tenant compte de mesures professionnelles, la diminution de rendement serait de 10 à 20 %. Par avis du 7 janvier 2007, le SMR a indiqué qu'il y avait lieu de procéder à une nouvelle enquête ménagère car, selon la description faite dans l'expertise, les empêchements de la recourante semblent moindres par rapport à ce qu'ils étaient lors de la première enquête. Il observe, par ailleurs, que les troubles ayant justifié l'octroi de la rente d'invalidité, soit le cancer du sein et la dépression moyenne avec syndrome somatique, semblent en complète rémission, attendu qu'ils ont été considéré par les experts comme non invalidants. De même,

la capacité de travail de la recourante s'est améliorée car elle est, selon les experts, totale avec une diminution de rendement de 10 à 20 %. Au vu de ces éléments, le SMR considère qu'il y a lieu de proposer à la recourante un stage d'évaluation professionnelle puis un réentraînement à l'effort. Par projet de décision du 17 septembre 2008, l'OCAI a indiqué qu'il comptait supprimer la rente d'invalidité de la recourante, au motif que son degré d'invalidité n'était plus suffisant pour maintenir son droit à une rente. Procédant à un nouveau calcul du degré d'invalidité, l'OCAI a, en effet, constaté que ce taux n'était plus que de 39 %. Le 10 octobre 2008, le Dr U _____, spécialiste FMH en médecine générale, a indiqué qu'il suivait la recourante depuis octobre 2006. Il a expliqué que, dans le cadre de ses consultations, sa patiente avait régulièrement fait état de douleurs au membre inférieur gauche séquellaire de sa thérapie oncologique et de sa lombo-sciatalgie chronique à gauche. Il a expliqué que les symptômes du membre supérieur gauche étaient restés inchangés mais que la lombosciatalgie s'était aggravée. Il considère, par conséquent, qu'il convient de procéder à une réévaluation du degré d'invalidité de la recourante. L'OCAI a soumis ces éléments au SMR, lui demandant s'ils étaient susceptibles de remettre en question ses conclusions du 7 janvier 2008. Par avis médical du 17 octobre 2008, le Dr V _____, médecin-conseil au SMR, a indiqué que le projet de suppression de rente se basait sur un examen COMAI convaincant et dont les conclusions étaient reprises par la Dresse W _____, dans son avis du 7 janvier 2008. Il estime que le courrier du Dr U _____ confirme l'amélioration au niveau du membre supérieur gauche et, s'agissant des troubles psychiques, qu'il ne saurait primer l'évaluation faite par un spécialiste FMH en psychiatrie. Par décision du 24 octobre 2008, l'OCAI a supprimé le quart de rente d'invalidité de la recourante, se fondant sur les arguments du SMR. Il considère, en effet, que les éléments amenés par le médecin traitant ne permettent pas de remettre en question les conclusions du SMR quant à la capacité de travail raisonnablement exigible dans une activité adaptée. Le 20 novembre 2008, la recourante a formé recours contre cette décision. Elle conclut, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 24 octobre 2008, au maintien de son quart de rente d'invalidité et à l'octroi de mesures professionnelles. Elle considère que l'examen du COMAI n'a pas mis en évidence une amélioration significative de son état de santé. Elle rappelle, à cet égard, que dans l'expertise qui a justifié l'octroi du quart de rente le psychiatre avait constaté une fluctuation de l'humeur de nature dépressive, sans que les épisodes soient d'une sévérité ou d'une durée suffisante pour répondre aux critères d'un épisode dépressif. Il avait ainsi retenu le diagnostic de fragilité psychique. Selon elle, la situation est inchangée depuis lors, seuls les mots qui l'expriment diffèrent. Dans sa réponse du 8 janvier 2009, l'OCAI conclut au rejet du recours, en renvoyant aux arguments développés dans la décision contestée. Après transmission de ce courrier à la recourante, la cause a été gardée à juger, le 16 janvier 2009. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, est applicable à la présente procédure. Le présent recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA). Le litige porte sur la suppression de la rente d'invalidité de la recourante, à compter du 1 er décembre 2008. Aux termes de l'art. 8 al. 1 er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1

er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} 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 294 consid. 4c in fine). 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). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). En vertu de l'art. 88 a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou si son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, 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 déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1^{er}). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité 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. 29 bis RAI est toutefois applicable par analogie (al. 2). Savoir si l'état de santé de la recourante s'est modifié entre la décision d'octroi de la rente et celle de suppression, ou encore si le degré d'invalidité a subi des variations malgré un état de santé demeuré stable est une question délicate. Il s'agit de comparer les faits, essentiellement du point de vue médical, tels qu'ils étaient au moment de l'octroi, respectivement de la suppression, de la rente. En l'espèce, le Tribunal doit comparer la situation telle qu'elle était au jour de l'octroi de la rente (mars 2005) à celle qui prévalait au jour où ce droit a été supprimé (octobre 2008). Pour ce faire, il doit prendre connaissance des pièces médicales figurant au dossier, en particulier de l'expertise du Dr Alfred B_____ et de l'expertise du COMAI, sur lesquelles se fondent les décisions de l'intimé. On rappellera, au préalable, que la révision du droit a été engagée à la demande de la recourante, en raison d'une aggravation de ses lombalgies, et que c'est dans le cadre de

l'instruction de cette question, que l'OCAI a constaté une amélioration de l'état de santé psychique et supprimé le quart de rente d'invalidité que percevait la recourante. Le point de savoir si son état de santé a connu une modification substantielle doit dès lors s'examiner tant sous l'angle d'une aggravation des lombalgies que d'une amélioration du trouble psychique. Compte tenu du fait que la recourante ne conteste que ce dernier point, il sera examiné en premier lieu. À cet égard, on relèvera que, selon l'expertise du Dr B _____, la recourante présentait en 2005 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 30 à 40 %, en raison de sa fragilité psychique. C'est ce trouble à lui seul qui a justifié l'octroi d'un quart de rente d'invalidité. Or, l'examen pluridisciplinaire effectué, sur révision, en 2007, n'a laissé paraître aucun diagnostic psychiatrique ayant une répercussion sur la capacité de travail. C'est se fondant sur cette conclusion que l'OCAI a supprimé le quart de rente de la recourante. Cette dernière relève cependant que les observations cliniques de l'expert psychiatre du COMAI reflètent une situation identique à celle ayant justifié l'octroi de sa rente et que la suppression de son droit n'est dès lors pas justifiée. Pour en juger, le Tribunal de céans est amené à comparer la situation médicale telle qu'elle ressort des expertises de 2005 et 2008. La différence fondamentale qui en ressort est le fait que, sur le plan des plaintes, le Dr B _____ n'observait aucun indice en faveur d'une simulation, alors que le Dr T _____ met clairement en cause la fiabilité des informations fournies par la recourante. Il relève plusieurs contradictions au niveau de ces informations et observe une discordance entre les plaintes et les constatations objectives. Selon lui, la recourante a tendance à médicaliser son malaise et à surcharger ses plaintes. Son état psychique est cristallisé dans la recherche d'un bénéfice secondaire à l'obtention d'une rente, mais pas en raison d'une quelconque psychopathologie. Ces constatations l'amènent à poser le diagnostic de production ou simulation de symptômes ou d'incapacité soit physiques, soit psychologiques (F.68.0), qui signifie, selon la CIM-10, que des symptômes physiques initialement dus à un trouble, une maladie ou une incapacité physique sont amplifiés ou excessivement prolongés par rapport au trouble physique lui-même. Le Tribunal observe au demeurant que la recourante a elle-même déclaré, dans sa demande de révision, que ses troubles psychiques s'étaient améliorés et qu'elle ne prenait plus de tranquillisants. Ce n'est que dans un second temps, soit dans le cadre de son recours, qu'elle a prétendu n'avoir jamais présenté d'amélioration sur le plan psychique. Dans ses écritures, elle indique, par ailleurs, que le fait que son taux d'invalidité ne se soit que faiblement modifié entre 2005 et 2008 (de 6 %) confirme l'absence d'amélioration substantielle de son état de santé psychique. On ne saurait toutefois la suivre sur ce point, attendu que le taux d'invalidité de 2008 comprend l'invalidité résultant des lombalgies, ce qui n'est pas le cas de celui de 2005. On relèvera, en outre, que le taux d'invalidité de 2008 ne correspond pas au degré d'invalidité que présente effectivement la recourante. L'OCAI explique, en effet, s'être fondé sur les données de l'enquête ménagère de 2005 pour le calculer, afin de démontrer qu'un droit à la rente n'est, en toute hypothèse, pas ouvert et qu'une nouvelle enquête ménagère s'avère inutile. Le taux d'invalidité obtenu sur la base des données de l'enquête ménagère de 2005 est ainsi supérieur à celui qui aurait été obtenu à l'issue d'une nouvelle instruction du dossier. Cela étant, on doit admettre que, d'un point de vue objectif, la situation ne semble pas avoir évolué de manière significative. Les expertises de 2005 et de 2008 se rejoignent, en effet, sur le fait que la recourante présente trois critères de l'état dépressif selon la CIM-10, soit une baisse d'énergie ou augmentation de la fatigabilité, des idées de mort et des troubles du sommeil. Cette constatation ne permet toutefois pas d'admettre que l'état de santé psychique

ne se serait pas amélioré. Cette question ne peut toutefois être tranchée en l'espèce, vu le caractère lacunaire de l'expertise du Dr B _____, mais elle est sans pertinence, vu ce qui suit. Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, qui formalise un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 133 V 50 consid. 4.1). Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies (ATFA non publié du 27 mars 2006, I 302/04, consid. 4.5). Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était manifestement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision prise par l'administration (ATF 125 V 368 consid. 2 et les arrêts cités ; voir aussi ATF 112 V 371 consid. 2c). Lorsque le juge procède par substitution de motifs, cela implique qu'il procède à un double examen. En premier lieu, il doit se prononcer sur le caractère manifestement erroné de la décision initiale. S'il répond affirmativement à cette question, il doit alors examiner la situation existant au moment où la décision de révision de l'administration a été rendue, de façon à pouvoir rétablir une situation conforme au droit (ATFA non publié du 17 août 2005, I 545/02, consid. 1.2). Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée, ou encore lorsqu'elles ont été correctement appliquées sur la base d'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste (« zweifellos unrichtig »), 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 réalisées (ATF non publiés du 14 mars 2008, 9C_71/2008, consid. 2 et du 18 octobre 2007, 9C_575/2007, consid. 2.2). Pour qu'une décision soit qualifiée de manifestement erronée, il ne suffit donc pas que l'administration ou le juge, en réexaminant l'une ou l'autre des conditions du droit aux prestations d'assurance, procède simplement à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuves de faits essentiels (ATF non publié du 2 juillet 2008, 9C_693/2007, consid. 5.3). En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 399 consid. 2b/bb et les références citées). Conformément à ce qui vient d'être dit, cette règle doit toutefois être relativisée quand le motif de reconsidération réside dans les conditions matérielles du droit à la prestation, dont la fixation nécessite certaines démarches et éléments d'appréciation (évaluations, appréciations de preuves, questions en rapport avec ce qui peut être raisonnablement exigé de l'assuré). Si, par rapport à la situation de fait et de droit existant au moment de la décision entrée en force d'octroi de la prestation (ATF 125 V 383 consid. 3

et les références citées), le prononcé sur les conditions du droit apparaît soutenable, on ne saurait dans ce cas admettre le caractère sans nul doute erroné de la décision (ATF non publié du 2 juillet 2007, 9C_215/2007, consid. 3.2). S'il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où la décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque, une modification de pratique ne saurait faire apparaître l'ancienne comme sans nul doute erronée (ATF 125 V précité). De même, un changement de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c, 115 V 308 consid. 4a/cc). En l'espèce, les observations du Dr T_____ laissent apparaître que la recourante n'a jamais connu de trouble psychique invalidant selon la CIM-10. Pourtant, depuis 1998, elle a été placée à répétées reprises en arrêt de travail par son médecin traitant, notamment en raison d'un état dépressivo-anxieux récidivant. Le Dr T_____ explique que les éléments de 1998 n'étaient pas suffisamment sévères, ni handicapants, et avaient une dimension réactionnelle évidente. Les plaintes de l'explorée relèvent selon lui d'un ras-le-bol général, mais pas d'une dépression au sens psychiatrique du terme selon la CIM-10. S'agissant des éléments existants en 2000, il indique qu'ils sont étrangers au handicap psychique et à l'AI et qu'ils ont participé à la symptomatologie de lassitude, ne plaidant pas pour un diagnostic clairement défini selon la CIM-10. On rappellera à ce propos que, contrairement à l'expert du COMAI, les Drs L_____ et B_____ ne disposent d'aucune spécialisation en psychiatrie. Ils étaient dès lors moins à même de poser un diagnostic psychiatrique et de juger de sa répercussion sur la capacité de travail. On relèvera, par ailleurs, que le Dr B_____ ne parlait pas d'incapacité de travail mais d'une diminution de rendement, pouvant s'atténuer à la suite d'une réinsertion. Ces éléments démontrent clairement que le trouble psychique n'a jamais été invalidant et que l'octroi d'un quart de rente d'invalidité n'était pas justifié. Partant, que les conditions d'une révision soient ou non réunies en l'occurrence importe peu, compte tenu du fait que la reconsidération est ouverte et que le Tribunal de céans est fondé à confirmer la décision de suppression, par substitution de motifs. Reste à examiner à présent le point de savoir si l'aggravation des lombalgies peut justifier l'octroi d'une rente d'invalidité. Selon les experts du COMAI, la recourante présente une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 10 à 20 % compte tenu d'une alternance régulière de position. Ces conclusions ne sont pas contestées par la recourante. Reste à examiner si le taux d'invalidité de la recourante est suffisant pour lui ouvrir le droit à une rente. On rappellera à ce propos que lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. Le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est alors comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2 pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées ; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (al. 3). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la

situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF non publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06). En l'espèce, la recourante a déclaré qu'elle exercerait une activité à temps partiel si elle n'était pas atteinte dans sa santé. Son invalidité doit par conséquent être évaluée selon la méthode mixte. Concernant le calcul de l'invalidité professionnelle, l'année prise en compte pour l'évaluation et l'ouverture du droit à la rente est celle à partir de laquelle la recourante a présenté une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins, soit en l'occurrence 2008 (incapacité de travail attestée dès le 14 septembre 2007). Le revenu sans invalidité se fonde sur le dernier salaire versé par l'employeur, soit 49'773 fr. (3'828 fr. 70 perçus 13 fois l'an), indexé à 2007. Il s'élève à 54'384 fr. Le revenu avec invalidité se base sur les tabelles réalisées par l'Office fédéral de la statistique (enquête suisse sur la structure des salaires, 2006). Il a été tenu compte du salaire réalisé par une femme pour une activité simple et répétitive, soit 4'019 fr. par mois pour 40 heures de travail hebdomadaires. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit d'une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2007, qui est de 41,7 heures (La Vie économique, 1-2/2009, p. 98, A-0), ce montant doit être porté à 4'189.81 fr. par mois (4'019 fr. x 41,7 : 40), soit 50'277fr. 69 par an. Ce montant correspond toutefois à un salaire brut standardisé de 2006, alors que l'année de référence est en l'occurrence 2008. Pour tenir compte de l'augmentation des salaires en 2007, ce chiffre doit être adapté à l'évolution des salaires selon la variation de l'Indice des salaires nominaux de l'année 2007 (+ 1,6 %). On obtient un revenu annuel de 51'082 fr. 13. On rappellera que la recourante présente une capacité de travail de 80 %. Toutefois, dans la mesure où elle n'aurait travaillé qu'à 70 %, il convient de ne prendre en considération que les 70 % du revenu standardisé calculé ci-dessus. Ainsi, en travaillant à 70 %, la recourante aurait réalisé un revenu annuel brut de 35'757 fr. 49. En soustrayant au salaire exigible sans invalidité (54'384 fr.) le revenu réalisable avec invalidité (35'757 fr. 49), on obtient un solde de 18'626 fr. 51, qui représente une perte de gain de 34,25 % par rapport au salaire exigible sans invalidité. Le degré d'invalidité étant inférieur à 40 %, le droit à une rente n'existe pas. On rappellera en effet que selon l'art. 28 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. C'est ainsi à juste titre que l'OCAI n'a pas octroyé de rente d'invalidité à la recourante. Mal fondé, le recours doit être rejeté. La loi fédérale du 16

décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), a apporté des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). Le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Vu l'issue du litige, un émolument de 200 fr. sera mis à charge de la recourante. **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 Brigitte BABEL La présidente Isabelle DUBOIS Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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