RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1467/2001 **ATAS/126/2004**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du 10 MARS 2004

4ème Chambre

En la cause

Monsieur Z_____, comparant par Me Claudio FEDELE en l'Etude duquel il élit domicile — recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, 97, rue de Lyon, 1203 Genève — intimé

Siégeant : Mme Juliana BALDE, Présidente, Mmes Doris WANGELER et Isabelle DUBOIS, juges

---

EN FAIT

1. Monsieur Z_____, originaire d'ex-Yougoslavie et né en 1966, est arrivé en Suisse en 1982. Après avoir travaillé en Suisse alémanique en tant que manœuvre jusqu'en 1989, celui-ci s'est installé à Genève et a été employé par l'entreprise X_____ SA jusqu'au 31 août 1991. Son dernier jour de travail remonte au 27 février 1991.

2. Souffrant de problèmes dorso-lombaires, l'intéressé a été examiné par différents médecins. Le 15 octobre 1990, le Dr SAYEGH, radiologue, a pratiqué une scanographie lombaire qui a révélé une hernie discale postero-médiane intra-canalaire L5-S1, un fourreau dural étroit par endroits ainsi qu'une vraisemblable herniation sous-ligamentaire.

3. Dans un rapport médical du 22 mars 1991, le Dr A_____, neurologue, a relevé tout au plus du côté gauche des signes de dénervation dans le jumeau interne ainsi que dans la musculature paravertébrale lombaire, ce qui suggérait une radiculopathie S1 d'un degré très modéré.

4. L'intéressé a également été examiné par le Dr B_____, médecin adjoint du Département d'oto-neuro-ophtalmologie de l'Hôpital cantonal de Genève, lequel a confirmé l'existence d'une grosse protrusion L5-S1 et a indiqué que le patient pouvait bénéficier de mesures professionnelles. Une intervention chirurgicale n'était pas indiquée.

5. Le 28 mai 1991, l'intéressé a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) visant à une orientation professionnelle.

6. Dans son rapport médical à l'attention de l'OCAI du 29 juin 1991, le Dr C_____, médecin-traitant de l'assuré, a indiqué que son patient était dans l'incapacité totale de travailler depuis le 28 février 1991 pour une durée indéterminée en raison d'un syndrome sciatalgique gauche, de lombalgie récidivante et d'un canal lombaire étroit.

7. Du 13 avril au 13 juillet 1992, l'assuré a été soumis à une observation auprès de la Fondation PRO dans le but de déterminer ses capacité professionnelles. Ce stage n'as pas abouti à des conclusions claires et n'a pu être prolongé en raison des problèmes de santé rencontrés par l'assuré.

8. Par décision du 8 décembre 1992, Monsieur Z_____ a été mis au bénéfice d'une rente ordinaire simple de l'assurance invalidité à compter du 1er septembre 1992, basée sur un degré d'invalidité de 70%.

9. Suite à une procédure de révision, la rente de l'intéressé a été maintenue par décision du 22 septembre 1994. Dans le cadre de cette procédure, le Dr C_____ a confirmé son diagnostic initial.

10. Le 27 novembre 2000, l'OCAI a procédé à une nouvelle révision de la rente.

11. Selon le rapport médical intermédiaire du Dr C_____, l'état de santé de son patient était resté stationnaire et le diagnostic était inchangé.

12. Dans le cadre de la procédure de révision, l'OCAI a confié une expertise au Dr. D_____, chef du service de rhumatologie et de médecine physique de l'Hôpital de La-Chaux-de-Fonds, qui a reçu l'assuré en consultation le 31 mai 2001. Le diagnostic posé à l'issue de cette expertise faisait état de lombosciatalgies bilatérales chroniques, discopathie lombaire étagée, petite hernie discale L4-L5 et protrusion discale L3-L4 et L5-S1, dystrophie de croissance lombaire haute, obésité avec possible hypertension artérielle ainsi que surcharge psychologique majeure. A certaines conditions, la reprise d'une activité physique lourde n'était pas totalement exclue, mais rendue illusoire au vu de l'état psychologique chronique de l'expertisé. Une incapacité de travail d'au moins 50% dans la dernière activité exercée était retenue.

    D'après l'expert, l'échec de l'évaluation professionnelle était dû à des raisons purement subjectives sans qu'aucune lésion anatomique justifie l'interruption de l'évaluation et il existait incontestablement un syndrome d'amplification des plaintes. Vu l'état musculo-squelettique du patient, toute activité physique, sédentaire ou alternant les positions assise ou debout devait être considérée comme possible à un taux de 100%. L'expert précisait par ailleurs que l'incapacité de travail était basée en 1991 déjà sur les plaintes subjectives du patient tout comme c'était le cas actuellement et qu'il était regrettable que le patient n'ait jamais été présenté à un collègue rhumatologue ou à un psychiatre pour éventuellement éviter une chronification des douleurs.

13. Sur la base de cette expertise et de l'avis exprimé par son médecin-conseil, l'OCAI a procédé à une évaluation médico-théorique du degré d'invalidité de l'assuré, lequel a été arrêté à 14%, ce qui n'ouvrait ni le droit à une rente, ni à des mesures professionnelles.

14. Par courrier du 11 septembre 2001, l'OCAI a informé l'assuré qu'il prévoyait de supprimer sa rente, ce à quoi ce dernier s'est opposé par courriers des 25 septembre et 12 octobre 2001.

15. Par décision du 26 octobre 2001, l'OCAI a supprimé la rente de l'intéressé et fixé le degré d'invalidité à 14%, ce qui ne lui ouvrait pas le droit à des mesures de réadaptation professionnelle. Par ailleurs, l'OCAI a retiré l'effet suspensif d'un éventuel recours.

16. Par acte du 30 novembre 2001, l'assuré a interjeté recours auprès de la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité (ci-après : la Commission) contre cette décision en concluant préalablement à la restitution de l'effet suspensif et principalement à son annulation. La suppression de la rente revenait à le mettre lui et sa famille dans une situation économique intenable et remettait en cause son titre de séjour. De plus, la décision ne se basait que sur l'appréciation médicale d'un seul médecin, qui ne l'avait examiné que durant une heure et demie et qui ne parlait que le français, ce qui avait eu pour conséquence que l'assuré l'avait très mal compris. Par ailleurs tous les autres médecins consultés avaient conclu à une incapacité totale de travail, de sorte que c'était bien cette position qu'il y avait lieu de retenir, faute de procéder à une expertise approfondie dans un centre spécialisé.

17. Invité à se prononcer de manière succincte sur la question du rétablissement de l'effet suspensif, l'OCAI a conclu à son refus par préavis du 18 janvier 2002, retenant qu'il existait un risque non négligeable que l'administration ne puisse recouvrer ses créances en cas de rejet du recours sur le fond.

18. Par jugement du 24 janvier 2002, la Commission a annulé la décision litigieuse et renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. Il était retenu que les conclusions de l'expertise du Dr D_____ ne permettaient pas d'admettre sans examen plus approfondi que l'état de santé du recourant se soit amélioré dans une mesure excluant le droit à le rente, de sorte que pour ce seul motif déjà la cause devait être renvoyée à l'intimé.

19. Par acte du 15 avril 2002, l'OCAI a déposé un recours de droit administratif au Tribunal fédéral des assurances contre cette décision, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à la Commission pour jugement incident sur la question du rétablissement de l'effet suspensif et jugement sur le fond. Il a invoqué la violation du droit d'être entendu, la Commission n'ayant pas requis de sa part un préavis sur le fond du litige avant de rendre son jugement.

20. Par arrêt du 25 octobre 2002, le Tribunal fédéral des assurances a admis le recours et renvoyé la cause à la Commission pour nouveau jugement dans le sens des considérants, soit pour qu'elle statue à nouveau – cas échéant, au préalable sur la question du rétablissement de l'effet suspensif – après avoir donné à l'OCAI la possibilité de s'exprimer sur le recours de l'assuré et sur les nouvelles pièces que celui-ci avait produites.

21. Par jugement incident du 20 novembre 2002, la Commission a rejeté la requête en rétablissement de l'effet suspensif et réservé le fond du litige, retenant que les prévisions favorables à l'assuré sur l'issue du litige n'étaient pas telles qu'il faudrait leur attribuer une importance décisive.

22. Le 23 décembre 2002, l'assuré a interjeté recours contre cette décision incidente auprès du Tribunal fédéral des assurances, indiquant que l'effet suspensif du recours était la règle et son retrait devait rester l'exception, cela d'autant plus que ce retrait le mettait dans une situation financière précaire.

23. Par arrêt du 28 mai 2003, le Tribunal fédéral des assurances a rejeté le recours, retenant que l'intérêt de l'administration apparaissait prépondérant dans un tel cas et que les prévisions sur l'issue du litige ne présentaient pas pour l'assuré un degré de certitude suffisant pour être prises en compte en l'occurrence.

24. Invité par la Commission à se prononcer sur le fond du litige, l'OCAI a conclu au rejet du recours par préavis du 8 juillet 2003. Il y avait lieu de se baser sur l'expertise, laquelle était corroborée par l'avis de la Dresse E_____, produit en procédure de recours. Au vu de ces avis, il était patent que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 100% dans un poste adapté. Au demeurant, l'OCAI estimait que la décision litigieuse du 26 octobre 2001 devrait quoi qu'il en soit être confirmée au motif substitué que la décision de rente initiale était sans nul doute erronée.

25. Le 16 septembre 2003, le recourant a persisté dans les conclusions de son recours et conclu préalablement à la mise sur pied d'une expertise psychiatrique.

26. Le 17 octobre 2003, l'OCAI a persisté dans ses conclusions.

27. Par courrier du 23 octobre 2003, le recourant a versé à la procédure un courrier de son médecin-traitant, le Dr C_____, accompagné d'un rapport médical du Dr F_____, radiologue. Ce dernier concluait à une ancienne maladie de Scheuermann, à des lésions dégénératives de la colonne lombaire basse ainsi qu'à un canal lombaire relativement étroit mais sans image de compression visible ni de hernie discale au repos mais avec apparition de protrusions discales étagées

faisant probablement effet de hernie sur ce canal relativement étroit. Il relevait par ailleurs une bonne liberté des racines émergentes à tous les niveaux. Ces documents ont été communiqués à l'OCAI.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (ci-après LOJ) a été modifiée et un Tribunal cantonal des assurances sociales a été institué dès le 1er août 2003 (cf. art. 1 let. r LOJ). Conformément à l'art. 3 al. 3 des dispositions transitoires de la loi du 14 novembre 2002 modifiant la LOJ, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi précitée et pendantes devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales. La compétence du Tribunal de céans est dès lors établie pour connaître du présent litige.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce demeure toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 127 V 467, consid. 1 ; 121 V 386, consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1 LPGA). Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après aLAI) et du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (ci-après aRAI) en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002.

3. Déposé dans les formes et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable à la forme, en vertu des art. 69 aLAI et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (ci-après aLAVS).

4. Dans la présente cause, le recourant conteste une décision de suppression de rente d'invalidité et sollicite principalement l'annulation de cette décision. Il conclut préalablement à la mise sur pied d'une expertise psychiatrique.

Il s'agit donc de déterminer si l'état de santé actuel du recourant justifie la suppression de la rente qu'il perçoit depuis 1992.

5. L'art. 4 al. 1er aLAI stipule que l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumé permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299)

En vertu de l'art. 41 aLAI, les rentes en cours doivent être, pour l'avenir, augmentées, réduites ou supprimées si le degré d'invalidité se modifie de manière à influencer le droit à ces prestations. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente peut motiver une révision. Pour juger si un tel changement s'est produit, il faut comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de rente initiale avec les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2 et la référence). La révision a lieu d'office ou sur demande (art 87 al. 1er aRAI).

La demande de révision doit établir de manière plausible que l'invalidité ou l'impotence de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 aRAI).

Selon l'art. 88a al. 1er aRAI, si la capacité de gain de l'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 déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Si les conditions de l'art. 41 LAI font défaut, la décision de rente peut éventuellement être modifiée d'après les règles applicables à la reconsidération de décisions administratives passées en force. Conformément à ces règles, l'administration peut en tout temps revenir sur une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée sous l'angle matériel, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable. Le juge peut, le cas échéant, confirmer une décision de révision rendue à tort pour le motif substitué que la décision de rente initiale était sans nul doute erronée et que sa rectification revêt une importance notable (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités).

Pour juger s'il est admissible de reconsidérer la décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc 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 (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). 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 (cf. arrêt B. du 19 décembre 2002, I 222/02, consid. 3.2). Par ailleurs, il n'y a pas lieu de supprimer ou diminuer une rente par voie de reconsidération si, depuis son octroi manifestement inexact, des modifications de l'état de fait (au sens de l'art. 41 aLAI) justifient de retenir un taux d'invalidité suffisant pour que la prestation en cause soit maintenue (arrêt précité consid. 5.1)

Cette jurisprudence a été rappelée récemment dans un ATFA du 4 juillet 2003 en la cause I 703/02.

6. Dans le cas particulier, le recourant a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis le 1er septembre 1992. A l'époque, le Dr A_____ avait relevé tout au plus du côté gauche des signes de dénervation dans le jumeau interne ainsi que dans la musculature paravertébrale lombaire, ce qui suggérait une radiculopathie S1 d'un degré très modéré.

Le Dr B_____, médecin adjoint du Département d'oto-neuro-ophtalmologie de l'Hôpital cantonal de Genève, avait confirmé l'existence d'une grosse protrusion L5-S1 et indiqué que le patient pouvait bénéficier de mesures professionnelles.

Enfin, le Dr C_____, médecin-traitant de l'assuré, avait indiqué que son patient était dans l'incapacité totale de travailler depuis le 28 février 1991 pour une durée indéterminée en raison d'un syndrome sciatalgique gauche, de lombalgie récidivante et d'un canal lombaire étroit. Des mesures professionnelles étaient toutefois susceptibles d'améliorer la capacité de travail. Ainsi, le patient devait éviter de travailler le corps plié, éviter également la station debout prolongée et ne pas porter d'objets lourds.

Aucune difficulté de nature psychologique n'était relevée par les médecins.

En 1994, l'OCAI a entamé une procédure de révision, dont il est ressorti que l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire et que les mesures professionnelles

avaient échoué en 1992. Le diagnostic était inchangé et il n'était fait état d'aucun problème psychologique.

Dans le cadre de la nouvelle procédure de révision entamée d'office par l'OCAI en 2000, l'assuré a été soumis à une expertise par le Dr. D_____, chef du service de rhumatologie et de médecine physique de l'Hôpital de La-Chaux-de-Fonds.

L'expert a retenu qu'il existait incontestablement un syndrome d'amplification des plaintes et que, vu l'état musculo-squelettique du patient, toute activité physique, sédentaire ou alternant les positions assise ou debout devait être considérée comme possible à un taux de 100%.

Par ailleurs, il a ajouté que l'incapacité de travail était basée en 1991 déjà sur les plaintes subjectives du patient tout comme c'était le cas actuellement et qu'il était regrettable que le patient n'ait jamais été présenté à un collègue rhumatologue ou à un psychiatre pour éventuellement éviter une chronification des douleurs.

Cet expert, spécialiste en rhumatologie, constatait toutefois expressément dans son rapport (page 11) que la capacité de travail restait limitée en partie par des lésions anatomiques rachidiennes, mais surtout en raison d'une décompensation psychologique associée à des problèmes sociaux non résolus.

Pour le surplus, son rapport faisait état d'une surcharge psychologique qualifiée de majeure.

A la lecture de la jurisprudence précitée, il semble plausible que la décision initiale de l'OCAI ait pu faire l'objet d'une reconsidération, en tant qu'elle constituait éventuellement une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits.

Toutefois, la situation de fait s'étant modifiée dans l'intervalle, avec l'apparition de problèmes psychiques ayant des répercussions évidentes sur la capacité de travail de l'assuré, une telle reconsidération n'entre plus à présent en ligne de compte.

On sait aujourd'hui que l'assuré est suivi par un psychiatre depuis plus de deux ans, le Dr G_____, lequel a diagnostiqué une dépendance à l'alcool (utilisation continue), une dysthymie précoce, des antécédents familiaux d'abus d'alcool, ainsi qu'une dépendance au tabac ; tout cela étant associé aux problèmes rhumatologiques. L'incapacité de travail pour ces raisons est jugée totale, pour une durée indéterminée, avec un pronostic très réservé.

A la lecture du contenu de l'expertise déjà, l'office intimé ne pouvait se contenter des conclusions qui y figuraient.

En effet, comme on vient de le souligner, l'expert en rhumatologie a d'emblée relevé à plusieurs reprises l'importance du status psychique de cet assuré qui était à prendre en compte dans l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail. Il a notamment relevé l'état psychologique chronique de l'assuré sans pouvoir exactement l'apprécier, n'étant pas spécialisé en la matière

7. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, si le rapport médical ne donne pas un tableau suffisamment clair de l'atteinte à la santé et de ses effets sur la capacité de travail pour décider de manière fiable du droit aux prestations, l'office de l'assurance-invalidité ordonne un examen médical supplémentaire. Cet examen peut normalement être effectué par un médecin-spécialiste ou dans une division d'hôpital. Lorsqu'un examen pluridisciplinaire est nécessaire, l'office mandate un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité. Un examen plus complet peut raisonnablement être exigé d'un assuré et n'est pas disproportionné lorsque le dossier n'est pas suffisamment documenté sur l'état de santé, la capacité de travail et les possibilités de réadaptation de la personne assurée (RCC 1980, p. 346).

8. Au vu de ce qui précède, ces éléments de nature psychique, incontournables dans le cadre de l'appréciation de l'état de santé du recourant, doivent impérativement faire l'objet d'une expertise psychiatrique, pour donner un tableau suffisamment clair de l'atteinte à la santé et déterminer leur impact sur la capacité de travail de l'assuré en relation avec l'expertise rhumatologique.

9. Dans le cas d'espèce, l'OCAI aurait dû procéder à l'instruction des aspects médicaux du dossier sur le plan psychique. Ne l'ayant pas fait, le dossier doit lui être renvoyé afin qu'il mette en place une expertise psychiatrique qui évalue l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis le 1er septembre 1992 et son impact sur sa capacité de travail.

10. Le recours est donc admis et le dossier renvoyé à l'OCAI pour la mise en place d'une expertise psychiatrique, la situation physique de l'assuré ayant déjà fait l'objet d'une expertise qui pose un diagnostic médical pertinent et suffisant.

11. Le recourant obtenant gain de cause, il convient de lui allouer des dépens qui seront fixés, en l'espèce, à 2'000 fr.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant (conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Au fond :

2. L'admet ;

3. Annule la décision et renvoie la cause à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision ;

4. Alloue à Monsieur Z_____ la somme de 2'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens ainsi qu'à ceux de son mandataire ;

5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement qu'elle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier :

Walid BEN AMER

La Présidente :

Juliana BALDE

Le secrétaire-juriste : Marius HAEMMIG

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe