

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1719/2006

ATAS/191/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 27 février 2007

En la cause

Madame A _____, domiciliée c/o Monsieur _____
A1 _____, GENEVE, comparant avec élection de domicile
en l'étude de Maître STOLLER FÜLLEMANN Monique

recourante

contre

OFFICE AI POUR LES ASSURES RESIDANT A L'ETRANGER,
Service juridique, av. Edmond-Vaucher 18, GENEVE

intimé

Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente; Doris WANGELER et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Madame A_____, ressortissante portugaise née en 1963, est arrivée en Suisse en 1987 et y a travaillé comme femme de ménage, ouvrière d'usine, puis aide-soignante.
2. En date du 19 mai 2000, l'assurée a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité. L'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a rassemblé dans ce cadre des attestations des médecins traitants de l'assurée, à partir de 1999.
3. Dans un certificat du 6 mai 1999, le Dr A_____, généraliste, a relevé que la patiente se plaignait d'une douleur au talon due à une "épine". L'examen clinique en rapport avec les plaintes ne montrait pas d'atteinte invalidante. La douleur du talon gauche se manifestait uniquement à la marche sur les talons, le dos était souple et indolore, les épreuves décelant une périarthrite de l'épaule droite étaient négatives. Ce médecin estimait toutefois que la patiente ne jouissait pas d'un état de santé lui permettant de remplir ses fonctions d'aide-soignante.
4. Dans un rapport du 9 juillet 2001, le Dr B_____, médecin traitant généraliste, a relevé que l'incapacité de travail était totale depuis le 29 septembre 1999. Il a diagnostiqué une dépression réactionnelle, un syndrome anxio-dépressif, une tendinite achilléenne gauche, des lombalgies post-spondylolisthésis L5 et lyse isthmique droite, ainsi qu'un status post-plastie après rupture de la coiffe des rotateurs droite. La patiente était actuellement suivie par la Dresse C_____, psychiatre. Une capacité résiduelle de travail de 50% était possible dans une activité adaptée.
5. Dans un rapport du 27 août 2001, la Dresse C_____, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent ainsi qu'une personnalité anakastique. Elle suivait la patiente à raison d'une séance tous les quatre mois. Elle n'avait pas mis en évidence de symptôme d'un état dépressif franc, mais une certaine indifférence et une apathie, ainsi qu'un manque d'investissement. En août 1991, pendant des vacances au Portugal, l'assurée avait commencé à avoir des pensées agressives centrées sur sa fille ou auto-agressives. Elle se plaignait d'angoisses, de troubles du sommeil, et d'une fatigue. Sous traitement régulier, les pensées et pulsions qui s'imposaient à elle semblaient un peu diminuées. Elle présentait une incapacité de 50% en raison de troubles psychiques.
6. Par décision du 3 décembre 2001, l'OCAI a refusé l'octroi de mesures professionnelles.
7. Par décision du 21 juin 2002, l'OCAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} septembre 2000.

8. Par courrier du 25 novembre 2003, l'OCAI a transmis le dossier à l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après l'Office) en raison du départ de l'assurée pour le Portugal.
9. En date du 8 janvier 2004, l'Office a initié une procédure de révision de la rente. Dans ce cadre, cet Office a envoyé à l'Institut de solidarité et de sécurité sociale de PORTO des formulaires et demandes médicales que les médecins traitants de l'assurée, au Portugal, devaient remplir.
10. Le Dr D_____, médecin orthopédiste, a envoyé son rapport en portugais le 16 juin 2004. Il a formulé les conclusions suivantes : "Obèse, formulant de nombreuses plaintes polyarthralgiques, sans aucune limitation appréciable au niveau de la mobilité des articulations".
11. La Dresse E_____, psychiatre, a rendu un rapport en portugais le 19 juillet 2004. Elle explique que depuis que l'assurée est rentrée au Portugal, elle n'a pas été suivie par un psychiatre et que selon la patiente, la symptomatologie anxieuse et dépressive s'est améliorée; elle ne signale pratiquement pas de plaintes à l'heure actuelle. Sur le plan psychiatrique, on ne lui administre plus qu'une thérapie légère, faiblement dosée, à titre d'entretien, qui ne l'empêche pas d'exercer sa profession.
12. En date du 9 août 2004, la Dresse F_____ a déposé un rapport en portugais, selon lequel l'assurée pouvait exercer à plein temps son ancienne activité.
13. Dans une note du 8 novembre 2004, rédigée en allemand, le Dr G_____, médecin-conseil de l'Office, a relevé que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré depuis son retour au Portugal. La capacité de travail était totale dans une activité sans travaux lourds, avec une légère diminution de rendement.
14. La Dresse H_____, psychiatre, a établi un rapport en portugais en date du 15 février 2005, selon lequel la patiente présentait des plaintes de nature obsessionnelle et compulsive graves et incapacitantes. Elle souffrait également de temps en temps de troubles dépressifs récurrents associés à des symptômes psychotiques.
15. Un médecin de l'institut de la médecine du travail a rendu un rapport en portugais le 28 février 2005, aux termes duquel, la patiente souffrait d'un syndrome vertébral douloureux, d'une arthrose traumatique acromio-claviculaire, d'une spondylarthrose lombaire, d'une pathologie méniscale, d'un glissement marqué du demi-bassin ainsi que d'éperons calcanéens bilatéraux. L'assurée restait toujours inapte à exercer sa profession.
16. Dans une note du 21 mars 2005, le Dr G_____ a relevé que l'on se trouvait en présence d'une rémission presque complète de la pathologie psychiatrique, sous traitement, ainsi que d'une amélioration de l'état de santé avec effet sur la capacité

de travail. Le certificat de la Dresse H_____ était en outre certainement un certificat de complaisance.

17. Dans une note du 27 avril 2005, le Dr I_____, psychiatre-conseil auprès de l'Office, a constaté que la situation s'était certainement améliorée, mais qu'il persistait une incapacité de travail de 50%.
18. Par décision du 19 août 2005, l'Office a remplacé la rente entière d'invalidité par une demi-rente à partir du 1^{er} octobre 2005.
19. La Dresse H_____ et l'Institut de médecine du travail ont fait parvenir à l'Office des rapports médicaux, datant respectivement des 8 et 15 septembre 2005, confirmant leurs rapports précédents des 15 et 28 février 2005.
20. Par courrier du 17 février 2006, l'Office a demandé à l'assurée si les rapports de la Dresse H_____ et de l'Institut de médecine du travail constituaient des oppositions. Si tel était le cas, ces oppositions n'étaient pas conformes aux exigences de forme.
21. En date du 20 février 2006, l'assuré a repris domicile à Genève.
22. En date du 21 février 2006, l'assurée s'est opposée oralement à la décision du 19 août 2005, concluant à ce que sa rente entière d'invalidité continue à lui être versée, étant donné qu'elle était toujours très mal et ne pouvait pas travailler du tout.
23. Par décision du 29 mars 2006, l'Office a rejeté l'opposition de l'assurée au motif que son état de santé s'était amélioré depuis l'octroi de la rente. Bien que du point de vue orthopédique, les activités pénibles étaient toujours à éviter, du point de vue psychiatrique, la symptomatologie s'était normalisée, et une activité lucrative régulière était désormais exigible. Tant dans l'ancienne activité d'aide-hospitalière que dans des activités telles celles de vendeuse-caissière ou d'aide-ménagère, l'incapacité n'était plus que de 50%, ce qui lui donnait droit, après comparaison des revenus avant et après invalidité, à une demi-rente d'invalidité.
24. Par courrier du 12 mai 2006, l'assurée a recouru contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant préalablement à la traduction de toutes les pièces médicales rédigées en portugais ou en allemand, à l'octroi d'un délai dès réception des traductions pour compléter son recours, ainsi qu'à l'ordonnance d'une expertise orthopédique et psychiatrique; elle a conclu principalement et sous suite de dépens au maintien de sa rente entière d'invalidité. A l'appui de son recours, elle a expliqué que les médecins traitants qui la suivaient fourniraient des attestations qui permettraient d'établir qu'elle était incapable de travailler.

25. Dans sa réponse du 26 mai 2006, l'Office a conclu au rejet du recours. Il a relevé que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, aucune base légale ne conférait au justiciable le droit d'obtenir la traduction "dans sa propre langue des pièces du dossier dans une langue qu'il ne maîtrise pas ou de manière seulement imparfaite". Il appartenait donc à l'assurée de se faire traduire les actes officiels du dossier. Quant au fond, il a fait valoir qu'une amélioration de l'état de santé de la recourante avait été constatée sur la base d'un rapport psychiatrique effectué par l'intermédiaire de la Sécurité sociale portugaise. Le Service médical de l'assurance-invalidité avait également confirmé l'amélioration notable de l'état de santé de l'assurée sur le plan psychiatrique, lui permettant d'exercer une activité lucrative à 50%.
26. Par courrier du 31 juillet 2006, la recourante a transmis deux certificats de médecins traitants. La Dresse C _____, psychiatre, qui soignait à nouveau l'assurée depuis le 19 mai 2006, a constaté que le tableau clinique correspondait à celui de 2001 et que l'incapacité de travail s'élevait à 50% pour des raisons psychiatriques (cf. certificat du 21 juin 2006). Selon une attestation du Dr J _____, médecin traitant généraliste, du 18 juillet 2006, la capacité de travail de la patiente était nulle, et son état de santé n'avait pas connu d'amélioration spectaculaire. Il avait pris contact avec le Dr K _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, lequel estimait qu'une réduction de 50% de la capacité de travail pour des raisons somatiques exclusivement, se justifiait. Enfin, la recourante a conclu à l'ordonnance d'une expertise pluridisciplinaire, psychiatrique et rhumatologique, permettant de déterminer son éventuelle capacité résiduelle de travail.
27. Par courrier du 30 août 2006, l'Office a informé le Tribunal de céans qu'il renonçait à sa duplique.
28. Par ordonnance du 11 octobre 2006, le Tribunal de céans a condamné l'Office intimé à faire traduire en français toutes les pièces rédigées en portugais et en allemand.
29. Par courrier du 26 janvier 2007, la recourante, concluant à l'ordonnance d'une expertise pluridisciplinaire, psychiatrique, orthopédique et rhumatismale, s'est prononcée sur les pièces traduites. Elle a tout d'abord rappelé qu'elle était à nouveau domiciliée à Genève depuis le 20 février 2006. Elle a ensuite fait valoir que ses médecins portugais estimaient qu'elle présentait de graves problèmes de santé, tant sur le plan orthopédique que psychiatrique, qui la privaient de toute capacité de travail. Ces médecins genevois, la Dresse C _____ et les Drs J _____ et K _____ n'avaient constaté quant à eux aucune amélioration de son état de santé. Dès lors, l'Office intimé ne pouvait se contenter de statuer sur la base des avis de ses médecins-conseil.

30. Sur ce, le Tribunal de céans a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941(LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à 3 juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).
3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Dans la mesure où la procédure de révision a été initiée en 2004, la LPGA s'applique au cas d'espèce (voir ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).
4. Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux, est recevable à la forme, conformément à l'art. 60 LPGA.
5. a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances

sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1).

b) 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. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

c) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 du médecin 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 et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268).

L'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure et elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a, p. 283 ; RAMA 1985 p. 240 consid.4 ; LOCHER loc. cit.).

6. En l'occurrence, se trouvent au dossier de nombreuses attestations des médecins traitants de la recourante, au Portugal et à Genève. Or, ces rapports sont contradictoires, puisque certains des médecins estiment la recourante entièrement capable de travailler dans son ancienne profession, tant du point de vue somatique que psychique (Dr D _____, médecin orthopédiste; Dresse E _____, psychiatre, Dresse L _____); d'autres l'estiment totalement incapable de travailler (Dresse M _____, psychiatre et Dr J _____, généraliste) et d'autres capable à 50% (Dresse C _____, psychiatre, et Dr K _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation). Peu de médecins se sont penchés sur la problématique de l'éventuelle amélioration de l'état de santé de la recourante. Quant aux appréciations des médecins-conseil de l'intimé, elles ne sont pas déterminantes en l'espèce, lesdits médecins n'ayant pas examiné la recourante et ne s'étant fondés que sur les attestations des médecins traitants.

Le Tribunal de céans constate ainsi que le dossier n'est pas en état d'être jugé et que l'instruction de la cause par l'administration a été lacunaire. En effet, devant la pluralité des opinions médicales émises par les médecins traitants, il n'est pas en mesure de trancher en faveur de l'une ou de l'autre et de statuer dans la présente cause.

Cependant, il convient de relever qu'en procédure de révision notamment, l'Office de l'assurance-invalidité se doit d'établir les faits desquels il entend déduire un droit. En l'espèce, l'administration a réduit la rente entière octroyée à une demi-rente. Or, pour ce faire, elle a retenu l'existence d'une amélioration de l'état de santé en se fondant, sans explication, sur certaines attestations de médecins au détriment d'autres avis médicaux, qui contestent toute amélioration de l'état de santé. Le Tribunal de céans constate ainsi que l'Office intimé a agi sans établir au degré de vraisemblance prépondérante qu'une telle amélioration s'était produite, soit sans instruire la cause à satisfaction de droit. Dès lors, en l'état, le droit à la rente perdue. Par conséquent, la décision litigieuse doit être annulée et le recours admis.

7. La recourante qui obtient gain de cause aura droit à des dépens, fixés en l'espèce à 2'000 fr.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'Office intimé du 29 mars 2006.
4. Condamne l'Office intimé à verser à la recourante une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens.
5. 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

La présidente

Yaël BENZ

Isabelle DUBOIS

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

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