

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2170/2010

ATAS/593/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 juin 2013

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur Z_____, domicilié à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître FAIVRE Jean-Marie

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur Z_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), en 1965, d'origine bosniaque, serrurier de formation, vit en Suisse depuis le 19 septembre 1991 et a travaillé comme garçon d'office à Genève. Il a été victime d'un accident de travail en octobre 1994.
2. Le 8 janvier 1996, il a déposé, auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DE LA REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE (ci-après : l'OAI ou l'intimé), une demande de prestations tendant à la prise en charge d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession et d'un placement.

Par décision du 15 octobre 1997, l'OAI lui a accordé une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} octobre au 30 novembre 1995. Suite au recours déposé par l'assuré, le Tribunal fédéral des assurances, par arrêt du 29 mars 1999, a partiellement admis le recours, annulé le jugement du 22 juillet 1998 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Par décision du 24 avril 2001, l'assuré a été mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 1995.

3. Le Dr A_____, médecin FMH, a signalé, par courrier du 13 octobre 2003, une nette péjoration de l'état de santé de son patient depuis mars 2003, et a demandé la révision du dossier.

Par décision du 22 avril 2005, confirmée sur opposition le 11 octobre 2005, l'OAI a informé l'assuré que sa demi-rente était supprimée, au motif que son état de santé psychique s'était nettement amélioré.

Invité à répondre au recours interjeté par l'assuré contre cette décision, l'OAI a décidé de reprendre l'instruction, de sorte que par arrêt du 23 mars 2006, le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent, a constaté que le litige était devenu sans objet et a rayé la cause du rôle.

4. Par décision du 21 mars 2007, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assuré.

S'agissant de l'intervention du Centre de Thérapies Brèves (CTB) du 5 mai au 29 juin 2006 pour trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen sans syndrome somatique, l'OAI a relevé que l'état de santé de l'assuré était sujet à des fluctuations importantes à la faveur d'évènements extérieurs tels qu'une intervention chirurgicale, que la brièveté de la décompensation ne pouvait pas justifier d'incapacité de travail de longue durée et que ce caractère réactionnel avait par ailleurs été évoqué par le SERVICE MEDICAL REGIONAL DE L'ASSURANCE-

INVALIDITE (ci-après SMR) dans son avis du 15 mai 2006 où il était question d'épisodes récurrents de dépression réactionnelle.

Il a ajouté que le rapport du Dr A _____ du 23 août 2006 n'apportait aucun élément décisif, mais confirmait le caractère réactionnel de la décompensation thymique, et que la Dresse B _____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, attestait, le 19 avril 2006, de la présence d'une fibromyalgie avec un examen clinique inchangé.

Constatant enfin que le Dr C _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, mettait en doute la validité du diagnostic posé par la Dresse D _____, médecin au sein du SMR, l'OAI a rappelé la jurisprudence du Tribunal fédéral s'agissant de la valeur de l'avis des médecins traitants et souligné que la Dresse D _____ avait une grande habitude des expertises assécurologiques.

5. Par arrêt du 4 décembre 2007 (ATAS/1397/2007), le TCAS a annulé la décision du 21 mars 2007, confirmant en tant que de besoin l'octroi d'une demi-rente d'invalidité et renvoyé la cause à l'Office pour instruction complémentaire s'agissant de l'aggravation de l'état de santé alléguée et pour nouvelle décision. Il a notamment considéré que l'OAI se fondait essentiellement sur les rapports de la Dresse D _____, qui n'était pas titulaire d'un diplôme FMH de spécialiste en psychiatrie et qui n'a été autorisée à pratiquer en qualité de médecin dépendant auprès du SMR qu'à partir du 24 novembre 2006. Dès lors que ce médecin avait signé ses rapports des mois de février 2004 et mai 2006 avec le titre « psychiatre FMH » et qu'elle n'était alors pas encore formellement autorisée à travailler pour le SMR en qualité de médecin dépendant, on ne saurait accorder une pleine valeur probante aux appréciations médicales de février 2004 et mai 2006, ni en tirer des conclusions absolues sur l'état de santé de l'assuré. Par ailleurs, seule la Dresse D _____ considérait que l'état dépressif diagnostiqué par la Dresse E _____ en 2000 était en rémission, de sorte qu'il n'y avait pas matière à révision, l'amélioration de l'état de santé n'étant pas avérée.
6. L'assuré a finalement été examiné par les Drs F _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, G _____, spécialiste FMH en rhumatologie, et H _____, spécialiste FMH en gastro-entérologie, en date des 21 novembre 2008 et 15 et 21 janvier 2009.

Après avoir commenté les pièces médicales du dossier, les experts ont retenu les diagnostics suivants dans leur rapport du 24 avril 2009 : possible tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche et tendinopathie calcifiante de l'épaule droite (selon les documents du dossier), troubles dégénératifs du rachis sous forme de discopathies avec une hernie discale en L4-L5, douleurs anales chroniques

depuis 2005 et syndrome douloureux somatoforme persistant sans comorbidité psychiatrique (F45.4).

Ils ont relevé que sur le plan rhumatologique, l'assuré se plaignait de douleurs diffuses de l'ensemble du corps mais il n'y avait pas de lésion organique permettant d'expliquer l'importance de cette symptomatologie douloureuse, sa persistance ou encore la mauvaise réponse aux thérapies entreprises. Les troubles dégénératifs du rachis (discopathie L4-L5 sous forme d'une hernie discale) ne jouaient pas de rôle prépondérant dans cette situation. Les points algiques, typiques d'une fibromyalgie, étaient tous déclarés douloureux, étant précisé que pratiquement l'ensemble du corps était déclaré algique à la palpation (mains, pieds, différents groupes musculaires des membres supérieurs ou inférieurs).

Ils ont constaté que sur le plan psychique, la souffrance de l'assuré était essentiellement associée aux problèmes somatiques. Le tableau clinique ne s'apparentait pas à celui d'un état dépressif mais à une situation proche de la norme, sans tristesse marquée, sans trouble cognitif ou d'autres éventuels troubles. Il était possible que l'assuré souffrît de la recherche frustrative et de sa situation, mais il s'agissait clairement d'une souffrance secondaire, mineure et non d'une maladie thymique indépendante. Si un tel état avait existé auparavant, il était suffisamment compensé avec la médication actuelle. Un état dysthymique, réactionnel à la situation physique était ainsi retenu. Les critères exigés pour le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux n'étaient pas présents.

Ils ont en conclu que la capacité de travail était complète et sans diminution de rendement. ni les éléments du dossier médical, ni l'anamnèse ou l'examen clinique ne permettaient de retenir une diminution de la capacité de travail significative et durable en raison de la possible tendinopathie de la coiffe des rotateurs bilatérale des épaules. Cette dernière atteinte entraînait toutefois les limitations suivantes : les activités se déroulant de façon prépondérante avec les bras au-dessus de l'horizontale ainsi que les activités nécessitant le lever de charges étaient contre-indiquées. Sur le plan psychique, la situation actuelle correspondait à celle décrite par le SMR en 2006.

7. L'OAI a décidé de prendre en charge un stage d'observation professionnelle de quatre semaines aux ETABLISSEMENTS PUBLICS POUR L'INTEGRATION (ci-après : EPI), du 4 au 31 janvier 2010, le but de ce stage étant d'évaluer les capacités et l'endurance résiduelles de l'assuré, le type d'activités susceptibles d'être adaptées à ses limitations fonctionnelles et l'exigibilité de son ancienne activité.
8. A teneur du rapport des EPI du 23 février 2010, l'assuré présentait des capacités qui étaient théoriquement compatibles avec une activité pratiquée à plein temps, en position assise ou debout, de préférence sans contact avec la clientèle. Il présentait

toutefois peu de dynamisme, étant convaincu qu'il ne pouvait pas reprendre d'activités, son état de santé ne lui permettant aucun engagement ce d'autant plus qu'il n'avait plus travaillé depuis près de 15 ans.

9. Après avoir procédé à une comparaison des revenus sur la base des statistiques résultant de l'enquête sur la structure des salaires (ESS), dès lors que les données des employeurs, datant de 1995, étaient trop anciennes et ne pouvaient être réactualisées, l'OAI a retenu un taux d'invalidité nul, le revenu sans invalidité étant supérieur à celui avec invalidité.
10. Par décision du 20 mai 2010, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assuré à compter du 1^{er} jour du 2^{ème} mois suivant la notification.
11. L'assuré a interjeté recours le 24 juin 2010 contre ladite décision.
12. Dans sa réponse du 22 juillet 2010, l'intimé a conclu au rejet du recours, considérant que l'expertise du CEMED répondait aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Dès lors que l'état de santé du recourant s'était amélioré, la révision était justifiée. Enfin, l'expertise du CEMED étant un moyen de preuve nouveau, qui ne pouvait être produit avant, l'office pouvait réviser sa décision en application de l'art. 53 al. 1 LPGA. En tout état, si l'arrêt du Tribunal de céans du 4 décembre 2007 devait revêtir l'« autorité de force jugée », il convenait de retenir une amélioration dès 2007.

Par arrêt du 18 janvier 2011, la Cour de céans a admis le recours et annulé la décision du 20 mai 2010. Elle a considéré que le rapport du CEMED du 24 avril 2009 ne revêtait pas une valeur probante suffisante pour que ses conclusions puissent être suivies et que l'office AI ne disposait d'aucun élément permettant de considérer que l'état de santé de l'intimé s'était amélioré depuis avril 2001. Relevant que le rapport des EPI du 23 février 2010 ne faisait que procéder à une appréciation théorique et non concrète de la capacité de travail de l'intimé, elle a nié que la situation de celui-ci se soit modifiée en ayant concrètement des effets sur sa capacité de gain. Elle a ainsi conclu à ce qu'aucun motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA n'est donné, ni l'état de santé de l'assuré, ni sa capacité de travail, ne s'étant améliorés. Elle a par ailleurs confirmé en tant que de besoin l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, rappelant que son précédent arrêt du 4 décembre 2007 n'avait pas fait l'objet d'un recours et qu'il était entré en force.

13. Le Tribunal fédéral, saisi par l'OAI, a rendu son arrêt le 13 décembre 2011.

Il a confirmé que l'office AI, aussi bien que la juridiction cantonale, étaient liés par l'arrêt du 4 décembre 2007. Ainsi, jusqu'à la décision administrative du 21 mars 2007, qui constituait la limite dans le temps du pouvoir d'examen de la juridiction cantonale dans la procédure précédente, l'office AI n'était pas autorisé à réviser le droit de l'intimé à une demi-rente d'invalidité selon l'art. 17 LPGA. En revanche,

rien ne l'empêchait de procéder à une révision du droit de l'assuré à une demi-rente d'invalidité postérieurement à la décision du 21 mars 2007. En effet, en matière de prestations périodiques, la force de chose jugée ne s'oppose pas à une modification due à un changement des circonstances, par exemple une aggravation ou une amélioration de l'état de santé, principe qui a été concrétisé à l'art. 17 LPGA.

Cela étant, il a jugé, sur la base du rapport d'expertise du CEMED qu'il a considéré, contrairement à ce qu'avait retenu la Cour de céans, comme ayant valeur probante, que l'assuré présentait, lors de la décision litigieuse du 20 mai 2010, une capacité de travail complète sur le plan psychique, sans diminution de rendement, de sorte que l'OAI était en droit de procéder à la révision de son droit à la demi-rente d'invalidité. S'agissant de la capacité de travail sur le plan rhumatologique, le TF a conclu de l'expertise du CEMED que la lésion organique des épaules n'était pas à même d'entraîner une incapacité de travail significative et durable, tout au moins pour les activités ne sollicitant pas fortement les bras au-dessus de l'horizontal ou par levage de charges. Le TF a de même retenu une capacité de travail complète sur le plan neurologique.

Le TF a dès lors annulé le jugement entrepris. Il a toutefois renvoyé la cause à la Cour de céans pour qu'elle complète le dossier en ce qui concerne les interventions d'ordre proctologique et procède à une instruction complémentaire portant sur l'existence d'un névrome ou d'une lésion spécifique éventuelle et la capacité de travail de l'intimé sur le plan gastro-entérologique et qu'elle statue sur sa capacité de gain sous cet angle lors de la décision du 20 mai 2010.

14. Par courrier du 2 mars 2012, la Cour de céans a repris l'instance.
15. Par courrier du même jour, elle a interrogé le Dr I_____, spécialiste FMH en chirurgie générale et traumatologie et chirurgie viscérale, et lui a demandé de lui communiquer copie des rapports relatifs à deux autres interventions, dont la dernière pour un névrome, subi par l'assuré. Celui-ci a transmis à la Cour de céans les différents rapports opératoires, précisant qu'il ne disposait d'aucun document en relation avec une intervention pour un névrome.

Le SMR s'est déterminé le 14 mai 2012. Le médecin du SMR relève que sur les rapports médicaux produits, ne figure aucune notion de répercussion sur la capacité de travail de ces diverses atteintes, soulignant qu'habituellement une fissure anale n'entraîne aucune incapacité de travail de longue durée.

L'assuré a, le 15 mai 2012, également constaté que les rapports ne disaient rien de l'évolution des problèmes proctologiques de l'assuré.

16. Le Dr A_____ a dès lors été interrogé le 22 mai 2012, afin de déterminer si l'atteinte dont l'assuré souffre entraîne ou non une incapacité de travail durable, et le cas échéant, quel en est le taux.

Le Dr A_____ a répondu le 26 mai 2012 que l'atteinte entraînait effectivement une incapacité de travail durable à 100% à compter du 18 avril 2010.

Le Dr I_____ auquel les mêmes questions ont été posées, a quant à lui indiqué que l'assuré présentait une affection bénigne pour ce qui est du problème proctologique pour lequel il le suit. Cette affection n'entraîne aucune incapacité de travail durable, mais seulement pendant le temps du traitement.

17. Le médecin du SMR a ainsi pris note de ce qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail durable pour des raisons proctologiques.
18. Par courrier du 5 septembre 2012, le mandataire de l'assuré s'en est rapporté à l'appréciation de la Cour de céans s'agissant de sa problématique proctologique. Il a toutefois souligné que depuis la dernière décision de l'AI, il avait été confronté à de nombreux problèmes de santé (chute dans sa baignoire, problème d'épaule, péjoration dépressive ayant donné lieu à un tentamen médicamenteux le 17 janvier 2011). Il précise également qu'il s'est présenté à INTEGRATION POUR TOUS qui a refusé d'entrer en matière, considérant qu'il n'était pas apte au travail. Il suggère dès lors qu'une expertise pluridisciplinaire, ailleurs qu'au CEMED, soit ordonnée.
19. Les nouveaux certificats médicaux produits par l'assuré ont été soumis au SMR. Celui-ci a considéré qu'il n'y avait aucune aggravation durable de l'état de santé de l'assuré qui puisse remettre en question son appréciation. L'OAI a dès lors persisté dans ses conclusions, le 25 octobre 2012.
20. Ce courrier a été transmis à l'assuré. Celui-ci ne s'est pas manifesté dans le délai qui lui a été imparti. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La compétence de la Cour de céans et la recevabilité du recours ont déjà été admises dans l'arrêt du 18 janvier 2011. Il suffit de se référer aux considérants y relatifs.
2. Le litige porte sur le droit de l'assuré au maintien de sa demi-rente d'invalidité au-delà du 21 mars 2007.
3. Par arrêt du 13 décembre 2011, le TF a annulé le jugement entrepris et renvoyé la cause à la Cour de céans pour qu'elle complète le dossier en ce qui concerne les interventions d'ordre proctologique et procède à une instruction complémentaire portant sur l'existence d'un névrome ou d'une lésion spécifique éventuelle et la capacité de travail de l'intimé sur le plan gastro-entérologique et qu'elle statue sur sa capacité de gain sous cet angle lors de la décision administrative litigieuse du 20 mai 2010.

4. Les dispositions légales et réglementaires, ainsi que les principes jurisprudentiels applicables, ont été exposés dans l'arrêt du 18 janvier 2011. Il suffit de s'y référer.
5. L'instruction complémentaire menée par la Cour de céans à la demande du TF, relative aux atteintes à la santé sur le plan gastro-entérologique et leur influence sur la capacité de travail a permis de constater que l'affection était bénigne et n'entraînait aucune incapacité de travail durable. L'assuré ne le conteste finalement pas, s'en rapportant à justice.
6. Force dès lors est de constater que la conclusion à laquelle est arrivée le TF dans son arrêt du 13 décembre 2011 et aux termes de laquelle la capacité de travail de l'assuré est entière, tant sur le plan psychique que sur le plan somatique, compte tenu de quelques limitations fonctionnelles, au moment où la décision du 20 mai 2010 a été rendue, ne peut être que confirmée.
7. L'assuré allègue avoir rencontré de nombreux autres problèmes de santé (chute dans sa baignoire, problème d'épaule, péjoration dépressive ayant donné lieu à un tentamen médicamenteux le 17 janvier 2011), de sorte qu'une expertise pluridisciplinaire se justifierait. Il a à cet égard produit les documents suivants :
 - résumé de séjour du 18 avril 2010
 - courrier du Dr J_____ du 4 juin 2010
 - arthro-IRM de l'épaule gauche du 12 août 2010
 - CT de l'omoplate gauche du 19 août 2010
 - courrier du Dr K_____ du 13 septembre 2010
 - échographie et radiographie de l'épaule gauche du 3 décembre 2010
 - courrier du Dr K_____ du 5 juillet 2012
 - résumé d'intervention CTB du 30 septembre 2011
 - plusieurs certificats d'incapacité de travail établis par le Dr A_____.

a) Il résulte de ces différents documents que l'assuré a été victime d'un accident le 18 avril 2010, soit une chute dans sa baignoire, lors de laquelle il a subi une perte de connaissance avec amnésie circonstancielle et antérograde. Selon le Dr J_____, neurologue, l'évolution est caractérisée par la persistance de céphalées avec phono-photophobie, nausées sans vomissement, ainsi que des troubles de la vue et des paresthésies du membre supérieur gauche en rapport avec une contusion de l'épaule. Le médecin précise toutefois que l'examen neurologique est dans les limites de la norme. Il a expliqué que la durée des symptômes après un traumatisme crânien est variable d'un patient à l'autre, indiquant que "je l'ai encouragé à poursuivre la prise d'antalgiques et à éviter les situations de concentration (lecture, télévision)" (cf. rapport du 18 avril 2010).

Il y a lieu de constater, au vu de ce qui précède, qu'aucune atteinte à la santé durable ne peut en l'état être prise en considération.

b) Il résulte du rapport établi par le Dr K_____ le 13 septembre 2010 et adressé au médecin traitant, que l'assuré présente des douleurs depuis cinq ans à l'épaule gauche, douleurs actuellement invalidantes, mais qui ont toutefois été grandement soulagées par l'infiltration sous-acromiale effectuée la veille par le Dr L_____. Le Dr K_____ a constaté qu' "il existe, d'une part, une lésion dyptique d'allure bénigne au niveau de l'épine de l'omoplate. On retrouve déjà cette lésion sur l'IRM de 2005. Il n'a pas eu d'augmentation de la taille de cette lésion en cinq ans. On retrouve une légère sensibilité à la palpation de cette zone. Je pense qu'elle explique les douleurs postérieures sous forme de piqûres. J'ai simplement prévu de la contrôler d'ici quatre mois. On note, par ailleurs, sur l'arthro-IRM récente, une fissuration du tendon sus-épineux. Cette lésion qui est minime ne mérite pour l'instant pas de geste. On note, par ailleurs, au CT, ainsi qu'au bilan radiologique standard de ce jour, des calcifications au niveau du tendon sus-épineux. Ces calcifications peuvent expliquer une bonne partie de la symptomatologie et particulièrement les douleurs antérieures irradiantes dans le bras".

Force est de conclure qu'il n'y a pas véritablement de changement dans l'état de santé, s'agissant de sa problématique à l'épaule.

c) S'agissant enfin de l'état de santé sur le plan psychique, il appert que l'assuré a bénéficié d'une prise en charge multidisciplinaire auprès du CTB du 17 janvier au 13 avril 2011. Un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique a été retenu. Il y a à cet égard lieu de rappeler que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).

En l'espèce, la Cour de céans ne peut tenir compte de l'état de santé de l'assuré qu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit le 20 mai 2010, étant précisé que l'assuré garde la possibilité de déposer une nouvelle demande de prestations AI en cas d'aggravation de son état de santé.

8. Le recours ne peut dès lors être que rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
4. 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

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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