

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3339/2006

ATAS/469/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 26 avril 2007

En la cause

Madame G _____, domiciliée , VERNIER, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Elisabeth GABUS-
THORENS

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, case postale 425, GENEVE

intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Norbert HECK et Olivier LEVY, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame G _____, née le 1964, employée de banque, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) en date du 28 octobre 1999.
2. Par décision du 30 juin 2000, l'OCAI, compte tenu des problèmes de santé rencontrés par l'assurée - arthrose cervicale avec cervicalgies et arthrose fémoro-patellaire bilatérale -, l'a mise au bénéfice d'une rente entière à compter du 1er novembre 1999. Cette décision était fondée sur un certain nombre de documents recueillis au cours de l'instruction :
 - dans un rapport daté du 16 novembre 1999, le Dr. A _____, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué que dans l'incapacité d'exercer son activité en raison du fait qu'elle ne pouvait rester longtemps en tête fléchie ni marcher normalement, qu'elle se plaignait également de rechutes constantes de céphalées, de sensations ébrieuses avec vertiges et d'une douleur importante et invalidante de l'hémiceinture scapulaire droite. Il a recommandé de s'adresser au Dr B _____ s'agissant du status orthopédique.
 - Le Dr. B _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué pour sa part le 18 novembre 1999 que la patiente est effectivement totalement incapable de travailler depuis le 2 novembre 1998. Il a posé les diagnostics d'arthrose cervicale avec cervicalgies, d'arthrose fémoro-patellaire bilatérale et d'hypertension. Le médecin a précisé que la patiente avait travaillé comme secrétaire à plein temps puis à mi-temps, que la surcharge physique induite par le fait de rester assise ou debout n'a pu être assumé de sorte que s'en sont suivis plusieurs arrêts de travail complets ou partiels avant qu'il ne soit mis un terme à toute activité professionnelle compte tenu de la fatigabilité de la patiente et des douleurs aux deux genoux. Elle se plaint en effet de douleurs intenses à l'effort, se dit incapable de s'agenouiller et signale par ailleurs des douleurs cervicales qui lui rendent très pénible la dactylographie. Le médecin a souligné que la décision d'arrêter toute activité avait été difficile à prendre compte tenu du désir de la patiente de continuer à travailler et qu'elle avait finalement été rendue nécessaire par l'échec des tentatives de reprise.
 - Enfin, le Dr. C _____, médecin-conseil de l'OCAI, sollicité par la gestionnaire du dossier, a admis que les avis des deux médecins traitants concordent quant à la nécessité d'admettre une invalidité totale mais, vu le jeune âge de l'assurée, il a préconisé une révision dans les trois ans.
3. Dans un courrier du 12 septembre 2002, le Dr D _____, de la clinique des Grangettes, a posé les diagnostics suivants : syndrome de la loge des fléchisseurs de l'avant-bras droit se caractérisant par une souffrance globale de la masse musculaire

des fléchisseurs, provoquant une compression du nerf médian à ce niveau, discrète neuropathie segmentaire touchant le nerf cubital à son passage au niveau de l'arcade épitrochléenne et capsulite discrète à modérée de l'épaule droite.

4. Dans un rapport médical daté du 21 août 2003, le Dr. E _____, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive, a posé le diagnostic d'épicondylite à droite. Il ressort du rapport de ce médecin que la patiente l'a consulté pour des douleurs apparues en 2000 dans l'épaule et le coude droits et descendant jusqu'au poignet.
5. Également interrogé par l'OCAI, le Dr B _____ a mentionné, dans un rapport du 23 août 2003, une aggravation de l'état de santé de sa patiente et souligné qu'entre-temps, une fibromyalgie avait été diagnostiquée.
6. Le service médical régional AI (SMR), dans un avis daté du 20 avril 2004, a fait remarquer que la décision d'octroi de rente entière était intervenue sans que soit pratiquée une expertise rhumatologique et/ou psychiatrique et sans rapport radiologique concernant les genoux et la colonne vertébrale cervicale, sur la seule base du rapport des Drs B _____ (lequel ne portait pour l'essentiel que sur des données anamnestiques) et A _____ (lequel avait omis de préciser que les céphalées et cervicalgies étaient présentes depuis 1977 et n'avaient pas empêché l'assurée de travailler jusqu'en 1998).

Le Dr F _____, du SMR, a conclu que l'on se trouvait en présence d'un tableau douloureux chronique, sur la base d'atteintes certes objectives mais insuffisantes pour justifier une invalidité à 100% (en tous les cas insuffisamment étayées). Constatant au surplus que le tableau douloureux s'amplifiait, ce qui en assombrissait le pronostic, il a recommandé que soit pratiquée une expertise pluridisciplinaire.

7. Le Centre d'expertise médicale de Nyon (COMAI), après examen de l'assurée et du dossier de cette dernière, a rendu son rapport en date du 9 décembre 2005. Les médecins (un orthopédiste, un psychiatre et un rhumatologue) ont posé les diagnostics de subluxation externe de la rotule gauche, de gonarthrose fémoro-patellaire droite, de gonarthrose fémoro-tibiale interne débutante des deux côtés et de fibromyalgie depuis 2000. Ils ont estimé que l'affection des deux genoux ne devrait que peu limiter la capacité professionnelle, en tout cas dans une activité légère, que la descente d'escaliers, le port de charges, la marche ou les stations debout prolongées devaient cependant être évités, qu'il n'y avait aucune limitation sur les plans psychique, mental ou encore social et qu'une activité de bureau serait exigible à plein temps et plein rendement.
8. Le SMR, sur la base de ce rapport, a estimé que la fibromyalgie dont était atteinte l'assurée n'avait pas de répercussion sur sa capacité de travail.

9. Par décision du 17 février 2006, l'OCAI a mis fin, avec effet au 1er avril 2006, au versement de la rente entière allouée jusqu'alors à l'assurée et retiré l'effet suspensif à une éventuelle opposition.
10. Le 3 mars 2006, l'assurée a formé opposition à cette décision en requérant préalablement la restitution de l'effet suspensif. Par décision incidente sur opposition du 5 avril 2006, l'OCAI a refusé la restitution de l'effet suspensif et réservé le fond. Le Tribunal de céans, saisi d'un recours contre la décision de refus de restitution d'effet suspensif, l'a confirmée par arrêt du 18 mai 2006.

Dans son opposition, quant au fond du litige, l'assurée a fait valoir, en substance, que son état de santé ne s'était pas amélioré mais plutôt aggravé - comme en témoignait sa récente hospitalisation au service de rhumatologie des "établissement hospitalier" - et que la décision initiale de l'OCAI de lui octroyer une rente n'était pas non plus entachée d'une erreur manifeste, si bien qu'une suppression de la rente ne se justifiait pas.

11. Par décision sur opposition du 28 juillet 2006, l'OCAI a confirmé sa décision de mettre fin au versement de la rente entière avec effet au 1^{er} avril 2006. L'OCAI a estimé que sa décision initiale, du 24 août 2000 était manifestement erronée dans la mesure où elle ne se basait que sur les seuls rapports médicaux des médecins traitants de l'assurée, les Drs A_____ et B_____, lesquels n'avaient apporté aucun élément objectif pour justifier une incapacité de travail totale mais s'étaient fondés sur les seules données anamnestiques fournies par l'intéressée ; par ailleurs, aucune explication convaincante n'avait été fournie quant à la soudaine cessation d'activité alors que l'assurée avait pu travailler pendant de nombreuses années sans difficultés notables. L'OCAI est parvenu à la conclusion qu'il aurait alors fallu investiguer pour déterminer s'il existait un substrat objectif permettant l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. C'est la raison pour laquelle il a procédé à une instruction complémentaire, à l'issue de laquelle il a conclu que les conditions permettant de reconnaître l'existence d'atteinte invalidante n'étaient pas réunies en l'espèce.
12. Le 14 septembre 2006, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle conclut à l'octroi de l'effet suspensif et à l'annulation de la décision du 28 juillet 2006, subsidiairement, si le tribunal devait considérer qu'elle n'a droit qu'à une rente partielle, à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle, plus subsidiairement encore, à la mise sur pied d'une expertise.

Elle fait valoir que son état de santé s'est aggravé depuis août 2001, date à laquelle a été posé pour la première fois le diagnostic de fibromyalgie et où sont apparues de gros problèmes de tendinite des coudes. Elle souligne qu'en août 2003, la Dresse E_____ a posé le diagnostic d'épicondylite à droite. Elle soutient que l'expertise du 7 décembre 2005 occulte le fait qu'elle cessé son activité de coiffeuse

pour celle de secrétaire dont elle conteste qu'elle soit compatible avec ses atteintes des genoux et ses cervicalgies, lesquelles n'ont fait l'objet d'aucune discussion par les experts. Selon elle, ces derniers se sont tout simplement livrés à une nouvelle appréciation médicale, sans contester les diagnostics posés en 2000 et 2003. Elle rappelle qu'une appréciation médicale ultérieure différente ne suffit pas pour faire apparaître comme manifestement erronée la décision initiale. Selon elle, l'appréciation à laquelle s'est livré l'OCAI sur la base des rapports médicaux qui lui ont été fournis en 2000 était tout à fait soutenable, de sorte que l'on ne saurait conclure à une erreur manifeste dès lors que l'octroi de prestations a été décidé en vertu du pouvoir d'appréciation de l'office.

14. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 2 octobre 2006, a relevé que la question de l'éventuelle restitution de l'effet suspensif était pendante devant le Tribunal fédéral des assurances (TFA). Quant au fond, il a conclu au rejet du recours.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, 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). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

Dans le cas d'espèce, les faits déterminants ayant conduit à la décision du 17 février 2006 remontent aux mois précédant la procédure de révision, voire même jusqu'en 1999 dans la mesure où l'intimée allègue que sa décision du 30 juin 2000 était manifestement erronée. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002, et, après le 1er janvier 2003, respectivement le 1er janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

En ce qui concerne la procédure, le cas d'espèce est régi par les nouvelles règles contenues dans la LPGA et par les dispositions contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

3. Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les forme et délai légaux prévus par l'art. 60 LPGA est recevable, à l'exception de la conclusion visant à l'octroi de l'effet suspensif, puisque cette question a déjà été tranchée par le Tribunal de céans le 18 mai 2006 et a été portée devant le TFA.
4. Aux termes des art. 4 LAI et 8 LPGA, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée 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.

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).

5. 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). 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). L'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

6. Selon l'art. 53 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (al. 1). L'assureur peut revenir sur les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (al. 2).

Ainsi, si les conditions prévues à l'art. 17 LPGA font défaut, la décision de rente peut être éventuellement modifiée d'après les règles applicables à la reconsidération de décisions administratives passées en force puisque, conformément à l'art. 53 al. 2 LPGA, l'administration peut en tout temps revenir d'office 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.

Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où la 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).

Au regard de la sécurité juridique, une décision administrative entrée en force ne doit pouvoir être modifiée par le biais de la reconsidération que si elle se révèle manifestement erronée. Cette exigence évite que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (arrêt B. du 19 décembre 2002, I 222/02, consid. 3.2, et les références).

7. Il convient en l'occurrence de déterminer si la décision initiale de l'OCAI (octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 1999) peut être réexaminée par la voie de la révision ou par celle de la reconsidération.

Pour que l'art. 17 LPGA s'applique, il faut que le taux d'invalidité ait subi une modification notable, après la décision initiale. En l'occurrence, force est de constater que le Dr B_____, médecin traitant, a fait état d'une aggravation de l'état de santé de sa patiente, que cette aggravation a été confirmée par le Dr. E_____, dans la mesure où un diagnostic supplémentaire a été posé par rapport à ceux qui avaient été retenus dans la décision initiale (arthrose cervicale et arthrose fémoro-patellaire bilatérale) : une épicondylite à droite, que le COMAI lui-même n'a pas fait état d'une quelconque amélioration de l'état de la patiente durant les dernières années. Il est donc à l'évidence impossible de procéder à une révision selon l'art. 17 LPGA.

Reste à établir si la décision initiale de l'OCAI peut être revue par la voie de la reconsidération. Il convient pour ce faire de déterminer si celle-ci était à l'époque manifestement erronée ou pas.

Dans un ATFA non publié du 13 août 2003, en la cause I 790/01, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a jugé que l'office de l'assurance-invalidité, qui disposait d'avis médicaux contradictoires, avait pris une décision d'octroi de rente manifestement erronée. L'administration s'était contentée de statuer à la lumière de l'appréciation d'un des médecins, alors qu'il lui eut préalablement incombé d'élucider la divergence entre les deux certificats médicaux en ordonnant une expertise médicale. Ainsi, le dossier avait été insuffisamment instruit et la décision découlant de cette instruction lacunaire apparaissait manifestement erronée.

Dans un ATFA non publié du 4 juillet 2003, en la cause I 703/02, le TFA a estimé que l'office de l'assurance-invalidité, en présence d'un seul avis médical émanant du médecin traitant, avait certes procédé à une instruction lacunaire, mais sa décision, basée sur un rapport médical clair, n'apparaissait pas manifestement erronée. Le TFA a notamment relevé : « Comme le seul avis médical au dossier émane du médecin traitant de S., il aurait sans doute été opportun de soumettre le prénommé, au terme de son stage de réadaptation, à un examen médical circonstancié auprès d'un médecin indépendant. L'office de l'assurance-invalidité y a renoncé, sans que l'on puisse toutefois considérer que l'instruction menée était lacunaire à tel point qu'il n'ait pas satisfait à ses obligations légales en la matière (art. 57 LAI et 69 du règlement sur l'assurance-invalidité - RAI). Or, s'il apparaît ultérieurement, à la suite d'une nouvelle analyse de la situation, que l'appréciation médicale du cas à l'époque était critiquable, cela ne rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement erronée ».

8. En l'occurrence, pour octroyer la rente, l'OCAI s'est basé sur les rapports des Drs A_____ et B_____ qui concluent tous deux à une totale incapacité de travail dans quelque activité que ce soit. Ainsi, c'est sur la base de deux rapports médicaux concordants que l'OCAI a pris sa décision. Il pouvait dès lors légitimement considérer que l'assuré était incapable d'exercer la moindre activité. Certes, il aurait peut-être été opportun, à l'époque, de soumettre la recourante à une expertise médicale supplémentaire. Cependant, en présence de deux rapports médicaux aux conclusions similaires, on ne saurait considérer que l'instruction menée a été alors lacunaire et que la décision prise sur cette base a été manifestement erronée, ainsi que cela ressort de la jurisprudence rappelée ci-dessus. D'autant plus, qu'à l'époque à laquelle a été prise la décision litigieuse, jamais le diagnostic de fibromyalgie ou de troubles somatoformes douloureux n'a été même évoqué, de sorte que l'OCAI n'avait alors aucune raison de procéder à une expertise rhumatologique et/ou psychologique.

Ainsi, en l'absence d'un motif de révision ou de reconsidération de la décision du 30 juin 2000, la rente d'invalidité accordée à la recourante doit être maintenue.

Au vu de ce qui précède, le recours, bien fondé, sera admis.

La recourante obtenant gain de cause aura droit à des dépens (art. 61 al. 1 let. d et g LPGA).

**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 les décisions des 17 février et 28 juillet 2006.
4. L'émolument, fixé à 500 fr., est mis à la charge de l'intimé.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de Fr. 1'000.-- à titre de dépens.
6. 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. 82ss 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

Janine BOFFI

Karine STECK

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