

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/334/2007

ATAS/876/2009

**ARRÊT**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 8**

**du 30 juin 2009**

En la cause

Madame S \_\_\_\_\_, domiciliée au \_\_\_\_\_ recourante  
Grand-Saconnex, comparant avec élection de domicile en l'Etude de  
Me Maurizio LOCCIOLA

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis Rue \_\_\_\_\_ intimé  
de Lyon 97, Genève

**Siégeant :** Marc MATHEY-DORET, Président, Nicole BOURQUIN et Bertrand  
REICH, Juges assesseurs



### **EN FAIT**

1. Madame S\_\_\_\_\_ (ci-après : la recourante), née en 1958, employée de commerce de formation, était au bénéfice d'une rente entière d'invalidité basée sur un taux d'invalidité de 100% depuis le mois d'avril 1997 pour des douleurs permanentes après cure de hernie discale, spondylodèse et autogreffe L4-L5 ainsi qu'un état dépressif réactionnel.
2. Suite à une première procédure de révision, par communication datée du 8 février 2001, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) a informé la recourante avoir examiné son degré d'invalidité et constaté qu'il n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente.
3. L'OCAI a ouvert une seconde procédure de révision en 2003.

Il a mandaté le Centre d'Observation Médicale de l'Assurance-Invalidité (ci-après : COMAI) afin de procéder à une expertise pluridisciplinaire, lequel a rendu son rapport en date du 19 janvier 2004. Il en ressort en substance, sur le plan rhumatologique, une absence de contracture pathologique au niveau cervical, une mobilité cervicale dans la norme et, sur le plan radiologique, des modifications dégénératives débutantes n'ayant pas valeur de maladie. Le rachis lombaire permet d'objectiver un status après spondylodèse, non accompagné de troubles statiques significatifs. Durant l'anamnèse, la recourante a démontré à l'expert qu'elle était capable de rester assise pendant une heure d'affilée sans adopter de position antalgique ni se plaindre de douleurs, ceci contrastant avec ses déclarations. Il existe en outre des signes de non-organicité permettant d'attester la présence d'un certain degré d'exagération symptomatique. En synthèse, l'expert est d'avis que la recourante, encore jeune, est à même de mettre en valeur sa capacité de travail en tant qu'employée de bureau dans une proportion de 50% au moins, dans un poste de travail lui permettant de se lever quelques minutes chaque heure.

Sur la plan neurologique, la symptomatologie évoque des problèmes migraineux de type tantôt d'hémicrânie gauche et tantôt de céphalées frontales gauches, s'accompagnant de nausées, de phono- et photophobie. Cette symptomatologie paraît survenir à raison d'un à deux épisodes par mois durant jusqu'à une semaine, peu influencée par le traitement. En ce qui concerne la capacité de travail, cette composante n'entraîne pas d'incapacité de travail au-delà de 25%, lesquels ne s'additionnent pas au 50% liés aux troubles rhumatologiques.

Sur le plan psychique, la recourante se plaint de variations de l'humeur selon les saisons n'ayant ni l'ampleur ni la durée pour justifier un diagnostic plus grave que celui de dysthymie. De plus, ces variations d'humeur son assez bien compensées par un traitement médicamenteux et par les efforts de la recourante elle-même. Une

---

situation d'accoutumance aux benzodiazépines est problématique. En synthèse, la situation psychique de la recourante reste secondaire et assujettie à la situation physique et il n'y a aucune raison pour reconnaître une invalidité du point de vue psychiatrique.

En conclusion, le COMAI retient globalement qu'une capacité de 50% est exigible. L'incapacité de travail existe depuis 1995 et a dans un premier temps été complète puis s'est amendée au cours du temps pour se stabiliser à 50% depuis 1998 environ. Cette appréciation rétrospective est toutefois sujette à caution. Tout travail de bureau, effectué en position assise ou alternée doit convenir.

4. En date du 22 février 2005, l'OCAI a informé la recourante avoir décidé de remplacer par une demi-rente basée sur un taux d'invalidité de 50% la rente entière qui lui était versée jusqu'alors.
5. Par décision du 1<sup>er</sup> avril 2005, l'OCAI a réduit le droit de la recourant à une demi-rente basée sur un taux d'invalidité de 50%, dès le 1<sup>er</sup> avril 2005.
6. La recourante a formé opposition contre ladite décision par courrier daté du 19 avril 2005, concluant, après communication de son dossier, à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité au-delà du 1<sup>er</sup> avril 2005.
7. Par décision sur opposition datée du 14 décembre 2006, notifiée le 18, l'OCAI a rejeté l'opposition formée par la recourante, au motif que le rapport du COMAI du 19 janvier 2004 atteste d'une diminution progressive de son incapacité de travail de 1995 à 1998 pour atteindre 50% depuis cette date environ.
8. Par acte du 29 janvier 2007, la recourante a formé recours devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : TCAS) contre la décision sur opposition de l'OCAI du 14 décembre 2006, exposant en substance qu'il ne ressort pas du rapport du COMAI que son état de santé se serait amélioré depuis 1997, respectivement 2001, date de la dernière révision.

A l'appui de son recours, la recourante a produit deux rapports médicaux de son médecin-traitant, le Dr A\_\_\_\_\_. Dans un rapport du 7 avril 2005, ce médecin estime que l'expertise du COMAI du 19 janvier 2004 ne mentionne strictement aucune amélioration dans la description clinique de la recourante. Du point de vue subjectif, il n'y a pas d'amélioration non plus. Au contraire, l'état global de la recourante depuis la date de l'expertise s'est plutôt péjoré.

Le Dr A\_\_\_\_\_ conclut que, si l'invalidité était totale en 1997 et qu'aucune amélioration de l'état de santé n'avait été démontrée depuis lors, ce que l'expertise COMAI n'avait pas démontré, on ne pouvait exiger de la recourante la reprise d'une activité à 50%. Dans un rapport daté du 26 décembre 2006, le Dr A\_\_\_\_\_ indique encore que l'état de la patiente s'est plutôt péjoré depuis

---

---

qu'une incapacité de travail de 100% lui a été reconnue. Malgré un traitement médicamenteux et la pose d'un appareil doseur en 2006, la recourante continue de souffrir de douleurs extrêmement violentes, l'empêchant d'avoir une activité professionnelle quelconque.

La recourante a également produit un rapport médical daté du 3 novembre 2005 du Dr B \_\_\_\_\_, médecin associé du département d'anesthésiologie des HUG, lequel expose que la recourante souffre d'une série de lésions au niveau de la partie supérieure de la fixation lombaire, résistantes au traitement locorégional, nécessitant l'instauration d'un traitement antalgique d'opiacés à dose progressive.

9. Par courrier daté du 7 mars 2007 adressé au TCAS, la recourante a sollicité l'audition des Dr A \_\_\_\_\_ et B \_\_\_\_\_.
10. Dans son préavis du 26 avril 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours, considérant que l'expertise du COMAI répond pleinement aux exigences posées par la jurisprudence en la matière et qu'il en ressort que l'état de santé de la recourante s'est notablement amélioré, notamment sur le plan psychique, par rapport à la situation qui prévalait antérieurement, ce qui était confirmé par un avis du SMR du 10 avril 2007.
11. Dans ses écritures du 14 mai 2007, la recourante a persisté dans les termes et conclusions de son recours.
12. Dans ses écritures du 31 mai 2007, l'OCAI a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours.
13. Lors de l'audience d'enquêtes du 28 janvier 2008, le TCAS a entendu le Dr B \_\_\_\_\_ et le Dr C \_\_\_\_\_, médecin traitant de la recourante ayant repris le cabinet du Dr A \_\_\_\_\_.

Le Dr B \_\_\_\_\_ a confirmé son rapport du 3 novembre 2005. Il a expliqué bien connaître la recourante, suivie dans son service depuis 2004. L'état de santé de la recourante a subi une évolution défavorable, après deux interventions chirurgicales du dos qui n'avaient pas donné l'effet escompté et n'avaient pas résolu la problématique douloureuse et fonctionnelle. La recourante souffre de deux types de douleurs, d'une part des douleurs nociceptives, de type mécanique, et d'autre part neuropathiques. Il s'agit de douleurs mixtes dont le traitement est complexe. Le traitement n'ayant pas apporté d'amélioration, il a été décidé d'implanter une pompe à la recourante, laquelle permet de diffuser en continu un mélange de morphine et de clonidine. Toutefois, ce traitement, qualifié de rare et extrême, n'apporte pas l'amélioration souhaitée et, de l'avis du Dr B \_\_\_\_\_, la recourante est loin de pouvoir exercer une activité prolongée, que ce soit sur le plan professionnel ou domestique, sans qu'il puisse se prononcer plus

---

spécifiquement sur la question de la capacité de travail raisonnablement exigible. Un état dépressif a été constaté chez la recourante, comme c'est souvent le cas dans ce type de pathologie, état demeuré relativement stable depuis 2004. La capacité de travail est demeurée inchangée depuis 2004.

Quant au Dr C\_\_\_\_\_, il a indiqué suivre la recourante depuis octobre 2006, date à laquelle il a repris le cabinet du Dr A\_\_\_\_\_. Sur le plan subjectif, ledit praticien n'a constaté aucune évolution sur le plan des douleurs, nonobstant l'implantation d'une pompe début 2006. Le dossier médical de la recourante ne fait ressortir aucune amélioration de son état de santé au fil du temps, mais au contraire plutôt une tendance à la péjoration, essentiellement sur le plan psychologique. Le Dr C\_\_\_\_\_ a constaté un état dépressif réactionnel, qui s'est plutôt aggravé en marge de la procédure de révision de rente de l'assurance-invalidité, avec une augmentation des antidépresseurs. Il ressort du dossier constitué par le Dr A\_\_\_\_\_ que, sur le plan des douleurs, les deux interventions chirurgicales n'ont pas apporté d'amélioration. Il n'y a pas eu non plus d'amélioration de la capacité de travail. Le Dr C\_\_\_\_\_ estime qu'il ne lui appartient pas de se prononcer sur la question de la capacité de travail, mais dit avoir constaté chez la recourante des douleurs très invalidantes rendant l'exercice d'une activité professionnelle très difficile. Le traitement médicamenteux de la recourante consiste dans la prise d'antidouleurs, d'anxiolytiques et d'antidépresseurs. La prise d'anxiolytiques et d'antidouleurs de type morphinique peut entraver la capacité de travail ainsi que la capacité à exercer les tâches domestiques, du fait d'une diminution de la capacité de concentration et de phénomènes de somnolence. Il peut en outre exister un effet de synergie entre les différents médicaments. Les doses d'anxiolytique prescrites à la recourante sont importantes.

14. Par ordonnance du 8 avril 2008, le Tribunal de céans a ordonné une expertise bidisciplinaire, qu'elle a confiée au Dr. D\_\_\_\_\_, Médecin adjoint au Service de psychiatrie adulte des HUG et au Dr. E\_\_\_\_\_, FMH rhumatologie et médecine interne, après avoir entendu les parties au sujet du projet de mission d'expertise et les avoir invitées à faire valoir d'éventuels motifs de récusation.
15. Le Dr. E\_\_\_\_\_ a rendu son rapport en date du 20 février 2009.

Après avoir retracé et commenté, dans le détail, les pièces médicales du dossier, procédé à une anamnèse complète du cas et à l'examen clinique de la recourante, l'expert retient les diagnostics de lombalgie hyperalgique persistante sur récurrence d'une instabilité vertébrale après spondylodèse L4-S1 par vis et greffe autologue et dissectomie L5-S1 pour hernie discale avec syndrome radiculaire déficitaire, d'état migraineux, de syndrome des jambes sans repos (restless legs syndrom), d'hypothyroïdie substituée, de hallux valgus gauche et de séquelles d'une surdité unilatérale à tympan normal gauche.

---

Le Dr E\_\_\_\_\_ retient que qu'il est évident que la limitation fonctionnelle résultant de l'association de toutes ces pathologies ne permet pas d'activité professionnelle sous quelque forme que ce soit. Le syndrome douloureux chronique précédemment évoqué n'est pas au premier plan et n'entre pas dans l'évaluation de l'incapacité de travail.

Les plaintes de la recourante sont consécutives à une instabilité vertébrale secondaire à la spondylodèse. Ces plaintes n'apparaissent pas amplifiées par rapport aux constatations cliniques objectives et il n'y a aucun signe de non-organicité. Les traitements médicaux entrepris n'ont pas amélioré l'état de la recourante, qui souffre d'affections qui ne guériront pas. Il n'existe aucune capacité de travail raisonnablement exigible. L'invalidité est totale, ce qui aurait pu être pris en compte dès le début de l'affection, l'état de la recourante s'étant lentement péjoré en passant par des périodes encore plus dramatiques, notamment en 1996-1997. Les divergences entre l'avis de l'expert et celui du COMAI ne sont pas fondamentalement importantes, hormis celle qui concerne l'appréciation de la pathologie lombaire – diagnostic d'instabilité lombaire qui n'avait pas été retenu par le COMAI car il n'était pas en possession de l'IRM lombaire du 3 septembre 2005 – qui suffit à elle seule pour justifier une invalidité permanente de 100%.

16. Le Dr D\_\_\_\_\_ a rendu son rapport le 23 février 2009.

Après avoir procédé à une anamnèse complète du cas et au status psychiatrique de la recourante, l'expert retient le diagnostic psychiatrique d'épisode dépressif moyen. Dans la mesure où l'expert ne retient pas le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, il ne peut considérer l'état dépressif comme « une manifestation réactive d'accompagnement » à ce trouble. Il s'agit cependant d'un trouble psychiatrique déclenché et largement entretenu par un état douloureux chronique. Son degré de sévérité lui confère valeur de maladie, ce d'autant qu'il a tendance à s'aggraver nonobstant le suivi régulier d'un traitement adéquat. Aucune activité professionnelle n'est exigible de la recourante, considérant l'ensemble de ses problèmes médicaux. L'expert s'écarte des conclusions de l'expertise du COMAI, en ce sens que, selon lui, les plaintes rapportées et les constatations cliniques consignées dans ce rapport ne permettent guère d'étayer le diagnostic retenu de dysthymie, mais suggèrent bien plutôt que la recourante avait déjà connu auparavant une dépression réactionnelle, sans doute en rémission partielle au moment de l'évaluation. Quoi qu'il en soit, son état clinique s'est nettement péjoré et elle présente actuellement un état dépressif de gravité moyenne.

17. Dans ses observations du 26 mars 2009, l'OCAI produit un avis du SMR Suisse romande du 20 mars 2009, lequel déclare se rallier aux conclusions du Dr E\_\_\_\_\_.

- 
18. Dans ses observations du 6 avril 2009, la recourante persiste dans les conclusions de son recours.

### **EN DROIT**

1. 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'article 56 LPGA qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959.

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (cf. 56 à 60 LPGA).
3. Selon l'art. 17 LPGA, si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à révision de celle-ci. 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 125 V 369 consid. 2 et la référence ; voir également ATF 112 V 373 consid. 2b et 390 consid. 1b).

D'après la jurisprudence, si la capacité de gain d'un 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 ainsi lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a RAI, en relation avec l'art. 41 LAI, applicable en l'espèce tel qu'avant son abrogation le 1<sup>er</sup> janvier 2003 par suite de l'entrée en vigueur de la LPGA ; cf. ATF 127 V 467 consid. 1 et 121 V 366 consid. 1b).

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4).

4. 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 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités ; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). En revanche, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente de faits déjà connus au moment de la précédente procédure (ATF 127 V 353 et réf.). Dans ce dernier arrêt, le TFA a rappelé que *"pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour le jugement."* (p. 358).

5. Si les conditions de 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. Selon l'art. 53 LPGA, une décision formellement passée en force est soumise à révision si des faits nouveaux importants sont découverts subséquemment ou si de nouveaux moyens de preuve sont trouvés qui ne pouvaient pas être produits auparavant (al. 1). En outre, elle peut être reconsidérée lorsqu'elle est manifestement erronée pour autant que sa rectification revête une importance notable (al. 2). 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).
6. Compte tenu des difficultés, en matière de preuve à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2; ATFA du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2).
7. L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit le degré de son invalidité (ATF 106 V 56 consid. 2 p.87).
8. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 de l'expert soient dûment motivés. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni de sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

9. S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44; RCC 1988 p. 504 consid. 2).
10. En l'espèce, il ressort très clairement des rapports d'expertise du Dr. D\_\_\_\_\_ et du Dr. E\_\_\_\_\_, qui répondent en tous points aux critères posés par la jurisprudence pour leur reconnaître pleine valeur probante, que l'état de santé et le degré d'invalidité de la recourante ne se sont nullement améliorés au point de justifier une révision à la baisse de son droit à la rente.

Bien au contraire, les experts attestent d'une invalidité complète, de longue date.

Sur la base de ces avis médicaux – qui exposent de manière très convaincante les raisons pour lesquelles les experts se sont écartés de l'avis du COMAI – qui emportent la conviction du Tribunal de céans, il y lieu d'admettre le recours, qui se révèle entièrement bien fondé.

A noter que l'intimé, qui se rallie aux conclusions du Dr. E\_\_\_\_\_, l'admet implicitement.

11. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de dépens.

Compte tenu de l'importance de la procédure, il se justifie d'arrêter celle-ci à 4'000.- 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 sur opposition de l'OCAI du 14 décembre 2006 et sa décision du 1<sup>er</sup> avril 2005.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité basée sur un taux de 100% au-delà du 5 avril 2005.
5. Condamne l'OCAI à verser à la recourante la somme de 4'000.- fr. à titre de participation à ses frais et dépens ainsi qu'à ceux de son mandataire.
6. Dit que la procédure est gratuite
7. 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 :

Le Président :

Isabelle CASTILLO

Marc MATHEY-DORET

Le présent arrêt est communiqué pour notification aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

---