

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4353/2008

ATAS/1578/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 1^{er} décembre 2009

En la cause

Monsieur G _____, domicilié à CAROUGE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Jacques BOROWSKY

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Patrick
MONNEY, Juges assesseurs**

ATTENDU EN FAIT

Que Monsieur Jsé G_____ (ci-après le recourant) a été victime d'un accident en 1996, lui ayant occasionné une déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, selon le rapport établi à l'époque par la SUVA, et a sollicité pour ce motif de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) des prestations d'assurance-invalidité par demande du 30 octobre 1996 ;

Qu'il ressort des observations effectuées par la clinique de réadaptation de la SUVA, selon rapports des 3 juin et 4 juillet 1997, que dans un travail léger le recourant peut travailler à temps plein, les métiers de surveillant, de gérant de kiosque, de machiniste et de grutier étant envisagés ;

Que par décision non motivée du 20 juillet 1998, le recourant a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, avec effet au 6 mars 1997, avec un taux d'invalidité de 100 %, une révision étant prévue en 1999 ;

Qu'au mois de mai 1999, l'OCAI a ouvert une procédure en révision ;

Que durant celle-ci l'OCAI a reçu de la SUVA copie de sa décision du 5 août 1999, mettant le recourant au bénéfice d'une rente d'invalidité de 30 % et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25 % ;

Que, constatant que selon les médecins du recourant l'état de santé était resté stationnaire avec une impotence d'abduction au-delà de l'horizontale du bras droit, l'OCAI a confirmé le droit à la rente entière du recourant par décision du 24 juillet 2000;

Qu'une nouvelle procédure en révision a été initiée en 2005, dans le cadre de laquelle le SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITÉ (ci-après SMR) a procédé à un examen rhumatologique du recourant le 6 février 2007;

Que les examinateurs ont constaté qu'il n'y avait pas d'amyotrophie de non-utilisation du membre supérieur droit, que plusieurs manœuvres de tests sont impossibles en raison des douleurs déclenchées, que le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail est celui de status post-acromioplastie et suture du muscle supra-épineux droit, et sans répercussion celui d'obésité ; qu'ils retiennent une discordance importante entre les allégations de l'assuré et les constatations radiocliniques ; qu'ils confirment une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle de maçon, depuis le mois de mars 1996, mais considèrent, à l'instar de la SUVA, qu'une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites dans le rapport est exigible à 100 % depuis le mois de juin 1997, date de l'examen par le médecin de la SUVA ;

Que sur cette base, le service de réadaptation professionnelle de l'OCAI a effectué le calcul de l'invalidité du recourant, le 26 juillet 2007, considérant que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées dans la mesure où le recourant se considère

totalelement incapable de reprendre une quelconque activité professionnelle, l'examen d'une aide au placement étant toutefois réservé, et conclut à un taux d'invalidité de 28,7 %, de sorte que la rente d'invalidité doit être supprimée ;

Que par projet de décision du 30 juin 2008, confirmé le 24 octobre 2008, l'OCAI a notifié au recourant la suppression de la rente d'invalidité, suite à la reconsidération du cas en application de l'article 53 al. 2 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) ;

Que dans son recours du 2 décembre 2008, complété le 20 janvier 2009, le recourant conclut préalablement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, principalement à l'annulation de la décision litigieuse, à ce qu'il soit constaté qu'il est toujours invalide à 100 %, subsidiairement à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle, avec suite de dépens ;

Qu'il invoque, notamment, des problèmes cardiologiques et annonce un rapport complet de sa rhumatologue ;

Que dans sa réponse du 3 mars 2009, l'OCAI conclut au rejet du recours, constatant que le droit à la rente aurait déjà dû être supprimé le 10 octobre 1997, les conditions de la reconsidération étant remplies, précisant que les problèmes cardiaques ne sont pas avérés, l'arythmie mentionnée au dossier étant non invalidante, et que le rapport du médecin traitant du recourant n'a pas de véritable force probante ;

Qu'à la demande du Tribunal de céans, la rhumatologue du recourant a transmis un rapport le 11 mai 2009, faisant état d'une évolution défavorable d'une capsulite rétractile du membre supérieur droit accompagnée d'une persistance de la limitation fonctionnelle et associée à une douleur résiduelle majeure, mentionnant qu'il semble actuellement difficile d'envisager une reprise partielle ou totale du travail, mais que « néanmoins, une profession adaptée, ne nécessitant pas une importante mobilisation du membre supérieur droit ni le port de charges pourrait être envisagée si l'état thymique du patient le permet»;

Que le recourant a produit un rapport du Dr L_____, psychiatre, du 16 juillet 2009, qui pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, de jeux pathologiques, de difficultés liées à l'éducation et l'alphabétisation, et d'autres difficultés précisées liées à l'environnement social, indique que l'état psychique semble s'être détérioré depuis le mois de novembre 2008, moment où la rente d'invalidité a été supprimée, mais ne se détermine pas sur la capacité de travail ;

Que le SMR, interpellé sur ces nouveaux documents médicaux, relève qu'aucune atteinte psychiatrique n'avait jamais été mentionnée dans ce dossier, mais que les éléments mentionnés par le psychiatre sont compatibles avec les diagnostics retenus, ce qui suggère d'approfondir la question ; que l'OCAI conclut dès lors par courrier du 28 août 2009 à ce qu'une expertise psychiatrique soit ordonnée par le Tribunal de céans ;

Qu'en date du 4 septembre 2009, le Tribunal a gardé la cause à juger;

CONSIDÉRANT EN DROIT

Que le Tribunal est compétent en la matière (art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire LOJ);

Que la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce;

Que la date de notification de la décision litigieuse n'ayant pas pu être apportée par l'administration, le recours est réputé interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, et est recevable (art. 56 à 60 LPGA);

Que la question litigieuse est de savoir si c'est à juste titre que l'OCAI a supprimé la rente d'invalidité du recourant;

Qu'on rappellera préalablement qu'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);

Que selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3) ;

Que 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 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2);

Que lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb); cependant lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa);

Qu'ainsi le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee);

Qu'on rappellera que le droit à la rente peut être modifié soit par une révision au sens de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable par suite d'un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, hypothèse qui n'est ni établie ici ni alléguée par l'administration, soit par une reconsidération;

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

Qu'une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée, ou encore lorsqu'elles ont été correctement appliquées sur la base d'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits;

Que pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste (« zweifellos unrichtig »), de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument

autorisant sans autre limitation 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 initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas réalisées (ATF non publiés du 14 mars 2008, 9C_71/2008, consid. 2 et du 18 octobre 2007, 9C_575/2007, consid. 2.2). Pour qu'une décision soit qualifiée de manifestement erronée, il ne suffit donc pas que l'administration ou le juge, en réexaminant l'une ou l'autre des conditions du droit aux prestations d'assurance, procède simplement à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuves de faits essentiels (ATF non publié du 2 juillet 2008, 9C_693/2007, consid. 5.3);

Qu'en règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 399 consid. 2b/bb et les références citées). Conformément à ce qui vient d'être dit, cette règle doit toutefois être relativisée quand le motif de reconsidération réside dans les conditions matérielles du droit à la prestation, dont la fixation nécessite certaines démarches et éléments d'appréciation (évaluations, appréciations de preuves, questions en rapport avec ce qui peut être raisonnablement exigé de l'assuré). Si, par rapport à la situation de fait et de droit existant au moment de la décision entrée en force d'octroi de la prestation (ATF 125 V 383 consid. 3 et les références citées), le prononcé sur les conditions du droit apparaît soutenable, on ne saurait dans ce cas admettre le caractère sans nul doute erroné de la décision (ATF non publié du 2 juillet 2007, 9C_215/2007, consid. 3.2);

Que, dans le cas d'espèce, on peine à comprendre sur quelle base l'OCAI a accordé, en 1998 puis, sur révision en 2000, une rente entière d'invalidité au recourant, car il disposait à l'époque du rapport du médecin de l'époque du recourant, le Dr M_____ (cf. rapport du 12 décembre 1996), qui certes n'avait toute capacité lucrative dans l'activité habituelle de maçon mais préconisait une réadaptation ou une réorientation professionnelle avec une activité où l'épaule droite ne devait pas dépasser l'horizontale, tel un travail en atelier, horlogerie, micromécanique, ainsi que des rapports de la SUVA qui retenaient une pleine capacité de travail dans une activité adaptée;

Qu'à l'évidence la rente entière a été accordée au recourant de manière manifestement erronée; tant dans la décision de base, que dans la décision sur révision;

Qu'en effet lors de la première révision l'OCAI s'est contenté de constater que l'état médical ne s'était pas amélioré, selon les dires des médecins consultés, sans vérifier ce qu'il en était de la capacité de travail;

Que c'est dès lors à juste titre que l'OCAI a supprimé toute rente d'invalidité au recourant en date du 24 octobre 2008, l'état physique du recourant n'ayant jamais justifié l'octroi d'une telle rente, et ne le justifiant pas davantage aujourd'hui, la rhumatologue du recourant admettant elle-même qu'une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles est possible d'un point de vue rhumatologique, ce que le SMR avait préalablement également constaté ;

Que certes le psychiatre traitant du recourant atteste, en juillet 2009, soit près d'une année plus tard, d'un état dépressif récurrent, épisode actuel sévère;

Que cependant, il semble que ce psychiatre n'ait été consulté que postérieurement à la décision litigieuse, puisqu'il mentionne qu'apparemment l'état psychique s'est détérioré depuis le mois de novembre 2008, suite à la suppression de la rente, ce qui indique qu'il n'a pas lui-même constaté cette détérioration, que par ailleurs le caractère récurrent du trouble dépressif - qui suppose la survenance de plusieurs épisodes dépressifs - n'est pas documenté, le SMR relevant à juste titre sur cette question qu'aucun trouble psychique n'avait jamais été mentionné au dossier préalablement, et qu'enfin si l'aggravation de l'état psychique du recourant fait suite à la suppression de la rente, il semble s'agir d'un état réactionnel, dont rien n'indique qu'il perdurera;

Qu'il en découle que le rapport du psychiatre n'est pas de nature à remettre en cause le fondement de la décision de suppression de rente, pour des raisons de reconsidération avérée, dans la mesure principalement où ils ne porte pas sur la période antérieure à la décision litigieuse, mais bien plutôt postérieure, étant rappelé 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);

Qu'en l'occurrence il convient d'inviter le recourant à déposer une nouvelle demande de prestations pour des raisons psychiques s'il estime justifié de le faire, à charge alors de l'administration d'investiguer plus avant cette question;

Que le recours sera par conséquent rejeté, l'émolument à charge du recourant étant fixé à 200 F.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL 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

Maryse BRIAND

Isabelle DUBOIS

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