REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/879/2007 **ATAS/931/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 4 septembre 2007

En la cause

Madame C_____, domiciliée , 1227 CAROUGE recourante

contre

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

Siégeant : Isabelle DUBOIS , Présidente; Dominique JECKELMANN et Anne REISER, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame C_____ (ci-après la recourante), née en 1949, secrétaire comptable de formation, a été victime d'une entorse de la colonne cervicale en 1977, a subi une herniotonie L5-S1 en 1989 et une spondylodèse L4-L5 en 1998. Pour ces motifs elle a été mise au bénéfice d'une demi-rente de l'assurance invalidité, depuis 1999.

2. Au mois de juillet 2004, la recourante a déposé une demande de révision de la rente pour aggravation de l'état de santé. Elle explique qu'elle a dû arrêter au mois de janvier le travail à mi-temps qu'elle avait pu conserver, en raison d'épisodes douloureux toujours plus fréquents. Les douleurs sont désormais constantes.

3. Interrogé par l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI), le médecin traitant de la recourante, le Docteur A_____ a confirmé que les troubles dont souffre sa patiente se sont aggravés de manière significative depuis l'automne 2003, les lombalgies étant devenues peu à peu résistantes à tous les traitements instaurés. En revanche, le Docteur B_____, spécialiste en médecine interne et maladies rhumatismales a attesté que l'état était stationnaire, et qu'une activité de secrétaire était exigible à raison de 50 %, dans un rapport médical du 6 septembre 2004.

4. Par décision du 18 novembre 2004, l'OCAI a rejeté la demande de révision. Toutefois, suite à l'opposition de la recourante, l'Office a annulé sa décision et repris l'instruction de la cause.

5. Dans un rapport du 21 janvier 2005, le Docteur C_____, médecin généraliste et médecin traitant, atteste de l'aggravation de l'état de santé de la recourante, ou, plus précisément de «douleurs cervicales s'aggravant (entre 2002 et actuel) » ainsi que d'une capacité de travail de 25 %.

6. La recourante a fait l'objet d'un examen orthopédique et psychiatrique au SMR, en date du 30 mars 2006. Après l'établissement de l'anamnèse (familiale, professionnelle, actuelle générale, par système, et psychosociale et psychiatrique), et la description de la vie quotidienne de la recourante, les examinateurs ont procédé au status général, ostéo-articulaire et psychiatrique, ont examiné le dossier radiologique, et posé comme diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail des cervicobrachialgies bilatérales irritatives sans substrat radiologique, des lombalgies chroniques, un status post cure de hernie discale et un status après spondylodèse.

   Dans l'appréciation du cas, les examinateurs retiennent que les cervicalgies sont devenues plus fréquentes depuis trois - quatre ans avec brachialgies bien que le status neurologique des membres supérieurs soit dans les limites de la norme.

L'IRM de la colonne cervicale effectuée en 2005 ne montre pas d'altération. Du point de vue objectif, il n'y a aucune aggravation, ce que la recourante reconnaît elle-même précisant qu'il y aurait eu une mauvaise appréciation de sa capacité de travail car elle pensait pouvoir travailler à 50 % et cela n'est pas possible. Les examinateurs retiennent que le traitement antalgique actuel est largement susceptible d'amélioration. Du point de vue psychiatrique, l'examen met en évidence une bonne constitution psychique et aucune atteinte à la santé psychiatrique qui pourrait porter préjudice à la capacité de travail, malgré une certaine baisse de l'humeur secondaire à la symptomatologie douloureuse. En conclusion, aucun élément nouveau objectivable n'a été mis en évidence, l'aggravation des douleurs ne peut pas justifier une baisse de la capacité de travail, et celle-ci est d'au moins 50 % dans le métier habituel qui respecte les limitations fonctionnelles.

7. Par décision du 5 février 2007, l'OCAI a maintenu le refus de réviser le droit à la rente de la recourante.

8. Dans son recours du 5 mars 2007, la recourante rappelle tout d'abord les faits médicaux et procéduraux. Elle explique qu'en raison des douleurs -qui se manifestent par des contractures musculaires progressives et envahissantes - elle doit se ménager et saucissonner toute activité par tranche d'1 h 30. Elle constate que l'OCAI s'est borné à examiner si de nouvelles séquelles mesurables péjoraient sa capacité de travail, alors que le problème est plutôt qu'à l'époque de l'octroi de la rente, alors que sa capacité de travail était déjà considérablement restreinte depuis 1998, il a été jugé que la capacité résiduelle de travail était de 50 % ce qui lui paraît erroné. À l'époque toutefois elle espérait une amélioration de sa situation, qui ne s'est pas produite.

9. Dans sa réponse du 3 avril 2007, l'OCAI conclut au rejet du recours.

10. Le Tribunal de céans a ordonné la comparution personnelle des parties qui s'est tenue le 15 mai 2007. À cette occasion, la recourante a déclaré ce qui suit : «J'explique que ma demande d'augmentation du taux de rente est justifiée d'une part par une usure qui s'est installée petit à petit et qui fait que je n'ai plus pu conserver mon activité professionnelle à cause des douleurs qui me mettaient de plus en plus en arrêt maladie; d'autre part, j'ai aussi l'impression qu'on avait surestimé à l'époque où une demi-rente m'avait été octroyée, ma capacité résiduelle de travail.

    J'ai fait tout mon possible pour adapter ma vie et mon activité professionnelle à mes problèmes de santé, passant de la restauration aux relations publiques puis au simple secrétariat. J'ai dû cependant constater que même un travail simple sans responsabilité ne convenait plus, parce que je ne pouvais pas garantir ma présence à un employeur. Sur le plan des traitements également, j'ai entrepris tout ce qui était

possible et tout ce qui m'a été conseillé, mais force est de constater que la situation ne s'améliore pas. Seul le repos régulier permet d'abaisser les douleurs.

S'agissant du rapport du SMR du 30 mars 2006, je n'ai pas de critiques particulières à émettre, mis à part la possibilité de porter des charges de 10 kilos, ce qui me paraît tout à fait impossible.

J'ai gardé mon dernier employeur durant 10 ans, mes responsabilités auprès de lui se sont toujours plus amenuisées, à la fin il a été extrêmement conciliant et compréhensif. C'est la raison pour laquelle je n'ai pas à ce jour rechercher d'emplois, je ne pouvais pas imaginer quel employeur serait d'accord de me prendre à ces conditions. Sur question, j'indique que je serais d'accord d'examiner l'éventualité d'une aide au placement si elle pouvait m'être accordée ».

La représentante de l'OCAI ayant accepté d'entreprendre une démarche en ce sens, des délais ont été accordés aux parties.

11. Par courrier du 23 mai 2007 l'OCAI a confirmé qu'un coordinateur-emploi du service du placement pouvait recevoir la recourante, qui a été invitée à le contacter par courrier du 30 mai 2007. Toutefois par courrier du 22 juillet 2007, la recourante a indiqué avoir réfléchi et être arrivée à la conclusion que même si une reprise d'activité à 50 % lui plairait bien elle devait constater que son état de santé ne le lui permettait pas au-delà de 25 %. Elle souhaite que la réalité de ses douleurs soit prise en considération.

12. Après transmission de cette écriture à l'OCAI, la cause a été gardée à juger le 26 juillet 2007.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 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).

   Sa compétence 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 de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Pour les mêmes raisons, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), sont applicables (ATF 127 V 467 consid. 1).

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances et l'introduction de frais de justice lors de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA et art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit puisque le recours a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (article 56 à 60 LPGA).

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité supérieure à la rente actuelle. On rappellera que trois circonstances permettent de modifier une décision initiale de prestations: la première suppose l'aggravation de l'état de santé et modifie la situation pour l'avenir ; la seconde et la troisième sont la révision pour faits nouveaux et la reconsidération, qui modifient la situation pour le passé.

5. Selon l'art. 17 LPGA qui reprend la teneur de l'ancien art. 41 LAI -, 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 une 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 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

   Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée en tout ou partie, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI). Si les allégations de l'assuré ne sont pas plausibles, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 109 V 114 consid. 2b).

6. En l'espèce, l'OCAI est entré en matière sur la demande pour aggravation, à juste titre puisque un médecin en attestait. Toutefois l'investigation effectuée par SMR n'a pas permis d'objectiver une aggravation de l'état de santé de la recourante.

   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 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, 122 V 160 consid. 1c et les références). Par ailleurs, 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).

En l'espèce l'examen bidisciplinaire effectué par SMR remplit les conditions jurisprudentielles pour lui reconnaître une pleine valeur probante, ce que la recourante ne conteste d'ailleurs pas. Il est vrai que le médecin traitant de la recourante atteste une telle aggravation et fixe la capacité de travail actuel à 25 %. Il se fonde cependant uniquement sur les douleurs ressenties par la recourante, qui vont s'aggravant. Cet élément est subjectif d'une part et, d'autre part SMR relevait que le traitement antalgique était encore largement susceptible d'amélioration. Les douleurs ressenties comme augmentant ne permettent dès lors pas de retenir une aggravation de l'état de santé.

7. Selon l'art. 53 al. 1 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 nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Tel n'est cependant pas le cas ici, aucun fait nouveau n'étant invoqué ni existant.

8. Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, 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.

Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée des faits résultant de leur appréciation. (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 n° 28 p. 158 consid. 3c). A l'inverse, 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 (ATFA non publié du 13 août 2003, I 790/01, consid. 3). Un tel jugement ne saurait

être qualifié de manifestement erroné que si les investigations médicales dans les différents domaines concernés n'ont pas été entreprises ou qu'elles ne l'ont pas été avec le soin nécessaire (RAMA 1998 n° K 990 p. 251; RCC 1980 p. 496; ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 3.3, ATFA non publié du 23 février 2005, I 632/04).

Selon la jurisprudence, l'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peuvent l'y contraindre. (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc, 117 V 12 consid. 2a et les références). consid. 2c et les arrêts cités).

9. Dans le cas d'espèce il n'apparaît pas que la décision initiale ait été manifestement erronée, au contraire puisque la capacité résiduelle de travail de 50 % est aujourd'hui confirmée par plusieurs médecins, à l'exception du médecin traitant. L'impression de la recourante que sa capacité résiduelle avait été à l'époque surestimée n'est pas corroborée par des faits, et n'est pas de nature à permettre la reconsidération de la décision. En outre, une telle reconsidération ne peut pas être imposée à l'administration.

10. La recourante a relevé à plusieurs reprises qu'elle ne pouvait quoi qu'il en soit pas travailler de façon continue et qu'elle ne voyait pas quel type d'employeur elle pourrait dès lors trouver. Force est toutefois de constater, d'une part, que la recourante n'a pas effectué de recherches d'emplois sérieuses, convaincue manifestement de l'échec de ses démarches, et que d'autre part elle a refusé la mesure d'aide au placement que l'administration était pourtant d'accord de mettre en place, à l'instigation du Tribunal.

11. Par conséquent, le recours ne peut être que rejeté.

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 de la recourante.

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); 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

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