

## **GE\_GERICHTE ATAS/1424/2009 vom 17. November 2009**

GE Cour de justice, 2009-11-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1424\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1424_2009)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1424/2009 du 17 novembre 2009

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1424/2009 del 17 novembre 2009

### **Erwägungen**

#### **E. 24**

Invité à se déterminer, le Dr I \_\_\_\_\_ du SMR a constaté le 2 juin 2009 que l'atteinte visuelle était congénitale et qu'il y avait forcément eu une adaptation naturelle à ce type d'handicap, qui du reste n'avait pas empêché l'assuré de suivre l'école hôtelière. Il a donc estimé que les objections basées sur les atteintes oculaire et auditive ne remettaient pas en question l'appréciation précédente, si ce n'est qu'il faut en plus éviter les activités nécessitant une vision stéréoscopique et les milieux très bruyants (pour éviter une aggravation de la surdité).

#### **E. 25**

Dans sa réponse du 15 juin 2009, l'OCAI, se fondant sur l'avis du médecin du SMR du 2 juin 2009, a considéré que le dossier avait été instruit à satisfaction et qu'il avait été démontré que l'état de santé de l'assuré s'était modifié favorablement. Il souligne par ailleurs que même si les conditions de la révision n'étaient pas réalisées, la décision de suppression de la rente serait justifiée sous l'angle de la reconsidération, dès lors qu'il était évident que la décision initiale du 19 septembre 1995 était manifestement erronée, car se basant sur un seul document médical, celui du 28 janvier 1995 de la Polyclinique de médecine, attestant d'une incapacité de travail de 50%. L'OCAI conclut dès lors au rejet du recours.

#### **E. 26**

Dans sa réplique du 22 juillet 2009, l'assuré a rappelé que les diagnostics concernant les atteintes oculaire et auditive ne sont pas même discutés par le Dr H \_\_\_\_\_ et qu'il s'impose dès lors de procéder à une instruction complémentaire. Il ne conteste pas que son état de santé se soit amélioré, mais souligne qu'il ne dispose pas immédiatement d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée comme le soutient l'OCAI. Il considère ainsi qu'il pourrait reprendre une activité professionnelle adaptée à 50% moyennant réadaptation professionnelle, ajoutant que s'il a exercé des petits boulots dans le domaine du bâtiment à l'époque, c'était pour subvenir à ses besoins, ce qui ne signifie en rien que ces métiers étaient adaptés à son handicap visuel notamment, puisque le HIV positif et la surdité ne se sont ajoutés qu'après. Il affirme n'avoir pas refusé la mesure d'orientation professionnelle, étant au contraire particulièrement motivé à reprendre une activité à 50% avec l'appui de ses médecins traitants. Il rappelle à cet égard que la mesure d'orientation professionnelle entreprise n'avait pas atteint son but dans la mesure où elle était totalement inadaptée à son handicap physique. Il rappelle que l'interruption du stage lui a été proposée par la psychologue de l'OCAI qui le suivait. Il persiste dès lors dans les termes et conclusions de son recours.

## **E. 27**

Dans sa duplique du 27 août 2009, l'OCAI a conclu au rejet du recours.

## **E. 28**

Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales s'applique. 3. Le recours a été interjeté en temps utiles (art. 56 et ss LPGA). 4. Le litige porte sur la question de savoir si l'OCAI était fondé à supprimer le droit de l'assuré à la rente d'invalidité. 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; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). 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 ; ATF 125 V 369 consid. 2 et la référence). A l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification

A/1731/2009 - 9/14 - du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (sur demande ou d'office; ATF 133 V 108). Enfin, 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 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt 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 les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389 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. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c p. 17, 115 V 308 consid.

4a/cc p. 314). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, 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 remplies (arrêts 9C\_71/2008 du 14 mars 2008, consid. 2; U 5/07 du 9 janvier 2008, consid. 5.2; 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1).

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). Dans un ATF 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

A/1731/2009 - 10/14 - 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 ATF 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 ».

7. Il convient en l'occurrence de déterminer si la décision initiale de l'OCAI (octroi d'une rente entière d'invalidité) 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, ou qu'un changement lié aux conséquences économiques de l'invalidité se soit produit. La question de la révision peut, en

l'espèce, rester ouverte dans la mesure où, comme il le sera démontré ci-après, la décision d'octroi de rente était manifestement erronée et pouvait être revue par le biais d'une reconsidération. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut en effet confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 112 V 373 consid. 2c et 390 consid. 1b). 8. Il sied de rappeler qu'en l'espèce, l'OCAI avait en 1995 accordé à l'assuré une rente entière alors que selon le seul rapport figurant dans le dossier à l'époque, soit celui établi par les médecins de la policlinique de médecine des HUG le 9 mai 1994, l'incapacité de travail était de 50%. Ainsi, force est de constater que les conclusions de ce rapport ne suffisaient pas justifier l'octroi d'une rente entière. La décision d'octroi du 19 septembre 1995 était

A/1731/2009 - 11/14 - par conséquent manifestement erronée, de sorte que l'OCAI était autorisé à revenir sur celle-ci. 9. Reste à examiner si l'évaluation du taux d'invalidité à laquelle a procédé l'intimé est conforme aux dispositions légales ainsi qu'à la jurisprudence rendue en la matière. 10. En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01). 11. Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 du médecin 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 et les références). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3). Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base

A/1731/2009 - 12/14 - 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 353 consid. 3b/bb). 12. 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). 13. L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1er janvier 2004 relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3%, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60% et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. Les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). 14. Dans le cadre de la procédure de révision, l'OCAI a confié une expertise au Dr H\_\_\_\_\_ qui a constaté, dans son rapport du 20 juin 2006, qu'il n'y avait pas de limitation du point de vue de l'infection HIV ou du lymphome en rémission complète. Il a également relevé que l'examen clinique n'avait montré aucun signe de l'ichtyose congénitale, ce qui démontrait que le traitement prescrit était adéquat. Le médecin du SMR en a conclu que l'assuré était en mesure de travailler à plein temps dans une activité adaptée. 15. L'assuré conteste quoi qu'il en soit l'appréciation de l'expert, au motif que celui-ci, spécialiste en infectiologie, n'a pas pu prendre position quant à l'influence sur sa capacité de travail des atteintes oculaire et auditive dont il souffre. Il explique par ailleurs que s'il a interrompu le stage quelques jours avant le terme prévu, c'est parce qu'il a réalisé qu'il n'aurait quoi qu'il en soit droit à aucune mesure de réadaptation professionnelle. 16. S'agissant de la valeur probante de l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_, il faut constater que le rapport a été établi sur la base d'un examen clinique et d'observations approfondies reflétant une bonne connaissance du dossier, en particulier de l'anamnèse et qu'il tient compte des plaintes de l'intéressé. En outre, les diagnostics

A/1731/2009 - 13/14 - posés et l'appréciation de la situation médicale sont clairs et ses conclusions sont motivées et concluantes. Il y a par conséquent lieu de lui reconnaître a priori une pleine valeur probante. Il est vrai cependant que l'expert ne s'est pas déterminé sur les atteintes sortant de son domaine de spécialisation. Il a dû se contenter de mentionner qu'"il s'agit également de tenir compte de l'amblyopie de l'œil gauche, de la myopie de l'œil droit et de la surdité de perception gauche." Or le Dr G\_\_\_\_\_ a expliqué, dans son rapport du 30 avril 2009, que l'assuré n'avait pas une vision binoculaire, ce qui excluait l'exercice des activités nécessitant une vision stéréoscopique. Ce médecin ne s'est en revanche pas expressément prononcé sur la capacité de travail. On peut en déduire qu'il suffirait d'ajouter cette limitation supplémentaire à la liste de celles décrites par le Dr H\_\_\_\_\_ pour définir l'activité adaptée dans le cadre de laquelle l'assuré présenterait une capacité de travail entière. Cela reviendrait toutefois à ignorer, d'une part, le fait que le

Dr H\_\_\_\_\_ a insisté sur la nécessité d'une remise à niveau dans différents domaines, et d'autre part, les observations faites dans le cadre du stage d'entraînement à l'endurance accompli à la Fondation PRO. Il y a à cet égard lieu de rappeler que ce n'est qu'à la fin du stage que le temps de travail avait été augmenté à 20h par semaine, difficilement, l'assuré devant se reposer pratiquement tout l'après-midi. Il avait également été constaté qu'il devait se montrer très concentré, car les tâches données n'étaient pas faciles pour lui en raison de ses problèmes aux yeux, que le fait de ne pas voir en trois dimensions compliquait les choses et que cela lui prenait beaucoup de temps pour effectuer le travail demandé. Il était par ailleurs relevé qu'il s'agissait d'"une personne sympathique, qui s'est bien intégrée dans l'équipe", et qu'il faisait preuve de motivation et de persévérance dans son stage, " dans le sens où celui-ci n'est pas forcément évident pour lui, mais il s'engage dans le travail:" 17. Le Tribunal de céans s'inquiète dès lors de savoir quel rendement pourra être exigé de l'assuré dans l'exercice d'une activité lucrative à plein temps, même si celle-ci est adaptée, compte tenu plus particulièrement de ses atteintes oculaire et auditive, ainsi que de l'asthénie et étant par ailleurs rappelé que selon le Dr H\_\_\_\_\_, l'assuré présente une capacité entière de travail dans une activité adaptée, pour autant que des mesures professionnelles lui soient accordées. Il se justifie dès lors de renvoyer le dossier à l'OCAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

A/1731/2009 - 14/14 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.