

# **GE\_GERICHTE ATAS/328/2017 vom 25. April 2017**

GE Cour de justice, 2017-04-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_328\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_328_2017)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/328/2017 du 25 avril 2017

IT: GE\_GERICHTE ATAS/328/2017 del 25 aprile 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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) 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.

### **E. 2**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable.

A/745/2016 - 10/22 -

### **E. 3**

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable.

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de l'OAI de remplacer le trois-quarts de rente perçu jusqu'alors par un quart de rente dès le 1er janvier 2013 et supprimer toute rente dès le 31 décembre 2014, plus singulièrement sur la question du revenu d'invalidité.

### **E. 5**

On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b). Selon l'art. 17 al. 1er 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes

jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a en revanche pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Par ailleurs, un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1 et I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la

A/745/2016 - 11/22 - dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision 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 du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

## **E. 6**

a. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). b. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être

raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

#### **E. 7**

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références).

A/745/2016 - 12/22 - b. 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 LPG), 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. À 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).

#### **E. 8**

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. Ainsi, en principe, lorsqu'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). En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I.514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une

expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment

A/745/2016 - 13/22 - pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

#### **E. 9**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

#### **E. 10**

Enfin, 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

#### **E. 11**

En l'espèce, il y a lieu de comparer la situation telle qu'elle était lorsque le trois-quarts de rente a été accordé à l'assuré dès le 1er janvier 2008, avec les faits prévalants lors de la décision querellée.

#### **E. 12**

Les experts de la CRR mandatés par l'OAI à la suite de l'arrêt du 29 avril 2010, ont, dans leur rapport du 3 mars 2011, admis qu'il y avait aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis 2007, mais uniquement du point de vue psychiatrique, ce en raison d'un tableau dépressif réactionnel apparaissant chronicisé et surtout de l'aggravation des éléments de

personnalité qui entretiennent le cercle vicieux déjà noté dans l'expertise du BREM en 2007.

A/745/2016 - 14/22 - Au vu des limitations fonctionnelles, ils ont considéré que l'ancienne activité de galvanoplasteur n'était pas raisonnablement exigible, mais qu'une activité essentiellement assise, avec un port de charges légères, serait possible à 100% au vu des éléments physiques objectifs. La capacité de travail de l'assuré sur le plan psychiatrique était quant à elle de 50%, et ceci quelle que soit l'activité envisagée, cette diminution de 50% prenant en compte l'ensemble de sa situation, y compris la prise de médicaments antalgiques et psychotropes. L'OAI a, sur cette base, accordé une rente entière dès le 2 mai 2006, soit à la fin du délai d'attente d'un an, un quart de rente dès le 1er septembre 2007 et un trois-quarts de rente dès le 1er janvier 2008.

### **E. 13**

a. Dans le cadre de la révision initiée par l'OAI en septembre 2013, une nouvelle expertise a été réalisée par le BEM-Vevey le 31 octobre 2014. b. Il y a préalablement lieu de constater que cette expertise respecte les réquisits jurisprudentiels et a, partant, valeur probante, ce qui n'est du reste pas contesté par l'assuré. c. Sur le plan somatique, les experts ont admis les mêmes limitations fonctionnelles que celles reconnues en 2007 (première expertise BEM) et confirmées en 2011 lors de l'expertise de la CRR, et considéré que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée à ces limitations. Sur le plan psychiatrique, ils ont constaté que les troubles psychiques s'étaient aggravés par rapport à 2007, mais que leur gravité actuelle était à peu près identique à celle constatée en 2011. Le trouble dépressif entraîne une limitation de l'énergie disponible et des capacités d'entreprendre, de se motiver et de se projeter dans l'avenir. L'anxiété renforce ces limitations (fatigue par état de qui-vive et insomnie). Ils ont considéré qu'elles déterminaient une incapacité de travail de 50%. En l'absence de dépression sévère, un taux d'incapacité de degré supérieur ne leur a pas paru justifié. Les critères jurisprudentiels de la fibromyalgie ont également été examinés, mais n'ont pas été retenus. Aussi leur appréciation de la capacité de travail, à 50%, rejoint celle des experts CRR. d. Force est ainsi de constater, à l'instar du médecin du SMR, que, malgré une légère aggravation sur le plan psychiatrique, la détermination de la capacité de travail est restée à 50%, de sorte que l'on peut considérer que l'état de santé de l'assuré est globalement resté inchangé. e. La rente jusque-là perçue par l'assuré ne saurait, au vu de ce qui précède, être révisée en raison d'une modification de l'état de santé. Il y a toutefois lieu de rappeler que 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

A/745/2016 - 15/22 - Il appartient le cas échéant à l'assuré de démontrer que ses revenus n'ont pas changé au point de compromettre son droit à une rente (ATF 16.11.2012 [8C\_110/20121]).

### **E. 14**

a. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (cf. art. 16 LPGA en

vigueur depuis le 1er janvier 2003). La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l'un à l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). b. En règle générale, lorsque l'assuré exerce une activité, il faut admettre que le gain effectivement réalisé équivaut à une prestation de travail correspondante. La jurisprudence admet cependant que des circonstances, dont la preuve de l'existence est soumise à des exigences sévères, justifient de s'écarter du revenu effectif en faveur ou en défaveur de l'assuré, qu'il s'agisse de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 433/01 du 20 mars 2002 consid. 4c; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 320/01 du 10 décembre 2001 consid. 2a). Tel est notamment le cas lorsque le revenu constitue un salaire social, qui ne correspond pas à la prestation de travail de l'assuré (ATF 117 V 8 consid. 2c/aa). On ne saurait non plus se référer exclusivement au revenu soumis à cotisation en vertu de la loi du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS - RS 831.10). Certes, l'art. 25 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité [RAI - RS 831.201] prévoit qu'à l'exception des prestations, éléments de salaire et indemnités mentionnées aux let. a à c de cette disposition, le revenu annuel présumable est celui sur lequel des cotisations ont été versées. Un parallèle est ainsi établi entre le revenu soumis à cotisation de l'assurance-vieillesse et survivants et le revenu à prendre en considération pour l'évaluation de l'invalidité. Ce parallèle n'a toutefois pas une portée absolue, et la jurisprudence admet des rectificatifs, par exemple lorsqu'il y a eu une variation extraordinaire du revenu (SVR 1999 IV n° 24 p. 71). S'agissant en particulier du revenu d'invalidité, de jurisprudence constante, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Si l'activité exercée après la survenance de A/745/2016 - 16/22 - l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et encore que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, le revenu effectivement réalisé constitue en principe le revenu d'invalidité (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 881/06 du 9 octobre 2007 consid. 5.4).

#### **E. 15**

En l'espèce, il y a lieu de rappeler que lorsque l'OAI avait procédé à la détermination du degré d'invalidité à la suite de l'expertise de la CRR du 3 mars 2011, il avait comparé le revenu annuel brut sans invalidité que percevait l'assuré en tant que galvanoplaste et le revenu annuel brut raisonnablement exigible avec invalidité, sur la base des statistiques salariales. L'assuré s'était ainsi vu accorder une rente entière dès le 2 mai 2006 (fin du délai d'attente d'un an), un quart de rente dès le 1er septembre 2007 et un trois-quarts de rente dès le 1er janvier 2008.

#### **E. 16**

Il est toutefois apparu lors de l'entretien du 24 septembre 2015, que l'assuré travaillait en qualité d'interprète communautaire à la demande depuis le 15 novembre 2010 auprès de la M\_\_\_\_\_. Cette activité, selon ses propres dires, était adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'OAI a repris le calcul du degré d'invalidité de l'assuré, et plus particulièrement du revenu avec invalidité, compte tenu de cette activité lucrative. Il a ainsi pris en considération les revenus concrets réalisés par l'assuré auprès de la M\_\_\_\_\_, soit, sur la base des comptes individuels de cotisations, eux-mêmes confirmés par l'employeur, CHF 40'581.- pour 2012, CHF 47'095.- pour 2013, CHF 43'650.- pour 2014 et CHF 53'107.- pour 2015 pour les comparer aux revenus sans invalidité de galvanoplaste, actualisés au moyen de l'ISS, de CHF 82'903.- pour 2012, de CHF 83'510.- pour 2013 et de CHF 84'116.- pour 2014. Aussi a-t-il, par décision du 29 janvier 2016, établi le droit de l'assuré à une demi-rente (degré d'invalidité de 51%) pour 2012, à un quart de rente (respectivement de 44% et de 48%) pour 2013 et 2014, et supprimé toute prestation dès le 31 décembre 2014 (de 37%) (art. 28 LAI).

#### **E. 17**

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base des statistiques salariales. C'est conformément à ce principe que l'OAI avait effectué son premier calcul. En l'espèce, il est apparu que l'assuré réalisait un salaire en travaillant comme interprète auprès de la M\_\_\_\_\_. C'est sur la base de ce salaire effectivement perçu, soumis aux déductions de l'art. 31 LAI, que le salaire avec invalidité doit dorénavant être déterminé. En l'occurrence, l'OAI s'est dûment fondé sur les comptes individuels, dont les chiffres sont confirmés par les déclarations de l'employeur.

A/745/2016 - 17/22 -

#### **E. 18**

L'assuré considère cependant que le revenu réalisé auprès de la M\_\_\_\_\_ ne devrait pas être pris en considération. Il explique en effet qu'il intervient à la demande, de sorte qu'aucun horaire ni nombre d'heures n'est garanti. Il souligne que « la M\_\_\_\_\_ a toujours adapté mes conditions de travail à mes limitations fonctionnelles. Mon état de santé, mon manque de formation et l'absence de demandes m'auraient empêché de trouver un employeur sur un marché du travail équilibré. Mon activité dépend par ailleurs directement du contexte géopolitique très instable. Aujourd'hui, en raison des crises en Moyen-Orient, je reçois passablement d'appels. Qu'en sera-t-il demain ? ».

#### **E. 19**

a. Il s'agit ainsi de déterminer si l'OAI est fondé à tenir compte du revenu de l'activité exercée à la M\_\_\_\_\_ activité que l'assuré qualifie de très instable et qu'il pense ne pas pouvoir exercer sur le marché du travail ordinaire - pour déterminer le montant du revenu avec invalidité. b. Il y a à cet égard lieu de rappeler que le revenu avec invalidité correspond au revenu qu'une personne handicapée pourrait encore réaliser en exerçant une activité que l'on peut raisonnablement attendre d'elle (ch. 3044 ss), après l'exécution d'éventuelles mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance- invalidité (CIIAI), n° 3043). La notion de «marché du travail équilibré» est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction, quant à l'obligation d'accorder des prestations, entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle

implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail qui offre un éventail d'emplois diversifiés (Pratique VSI 1998 p. 293, ATF 110 V 273). Un marché du travail équilibré comprend aussi des emplois de niche, autrement dit des postes et des travaux pour lesquels les personnes atteintes dans leur santé peuvent s'attendre à une ouverture sociale de la part de l'employeur (9C\_95/2007 ; circulaire précitée n° 3050). Les perspectives de gain ouvertes aux assurés doivent être appréciées en faisant, le plus possible, abstraction des fluctuations de la conjoncture économique, et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, dans les branches entrant en considération pour l'exercice de l'activité réputée exigible (RCC 1989 p. 328). Toutefois, s'il arrive qu'une offre ne soit faite qu'en raison d'une situation très favorable du marché du travail, on ne saurait se fonder sur elle pour juger de l'activité que l'invalide est à même d'exercer. Dans ce cas, il faudrait partir des possibilités réelles dans une situation équilibrée du marché du travail (RCC 1961 p. 79 ; circulaire précitée n° 3051). Par « Salaire social » (prestation sociale bénévole; RCC 1978 p. 473, 1970 p. 336, 1965 p. 158, 1961 p. 467), on entend des prestations versées par l'employeur à l'assuré alors qu'en raison d'une capacité de travail réduite, celui-ci ne peut

A/745/2016 - 18/22 - manifestement fournir la contrepartie correspondante du point de vue quantitatif ou qualitatif (art. 25, al. 1, let. b, RAI). Si, par exemple, une personne handicapée qui ne peut plus fournir que la moitié de sa prestation au cours d'un horaire normal ou qui ne peut travailler qu'à la demi-journée à une cadence normale, reçoit son salaire habituel correspondant à une journée de travail complète, la moitié de ce salaire sera considérée comme un salaire social (circulaire précitée n° 3058). Pour déterminer le revenu d'invalide, il y a lieu de partir du revenu concrètement réalisé lorsque les conditions suivantes sont cumulativement remplies : les conditions de travail sont particulièrement stables, la personne assurée met pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, et le revenu réalisé correspond au travail fourni et n'apparaît pas comme un salaire social (ATF 135 V 297 consid. 5.2). c. En l'espèce, l'employeur de l'assuré a déclaré que le salaire de celui-ci correspondait à la rémunération d'un interprète communautaire certifié. Il n'y a donc pas en l'occurrence « salaire social », qui aurait pu permettre de ne pas tenir compte de la part « sociale » du salaire reçu. d. L'assuré insiste sur le caractère instable de son revenu, puisqu'il travaille sur appel. Le contrat de travail sur appel est caractérisé par le fait que le travailleur s'y oblige à exercer l'activité exigée chaque fois que l'employeur requiert ses services. Si, au contraire, le travailleur n'est pas obligé d'accepter les missions proposées, le rapport obligationnel n'est pas durable et on parle alors de rapports de travail auxiliaires ou occasionnels. Au demeurant, de tels rapports sont soumis aux mêmes règles que le travail sur appel lorsqu'il s'agit d'examiner une perte de travail éventuelle au sens de la loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité du 25 juin 1982 (loi sur l'assurance-chômage, LACI - RS 837.0 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_379/2010 du 28 février 2011 consid. 2.3 et les références). Le travailleur sur appel ne subit en principe pas de perte de travail, respectivement pas de perte de gain à prendre en considération lorsqu'il n'est pas appelé, car le nombre de jours où il est amené à travailler est considéré comme normal. Exceptionnellement, lorsque les appels diminuent après que l'assuré a été appelé de manière plus ou moins constante pendant une période prolongée (période de référence), une telle perte de travail et de gain peut être prise en considération. Plus les appels ont été réguliers, plus la période de référence sera courte. En revanche, si la fréquence des appels varie d'un mois à l'autre et que la durée des interventions subit d'importantes fluctuations, la période de référence sera d'autant plus longue. L'horaire de travail normal ne peut être

calculé simplement sur la moyenne (ATF 107 V 61 consid. 1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances C.304/05 du 20 janvier 2006 consid. 2.1 ; ATAS/609/2015).

A/745/2016 - 19/22 - En l'espèce, l'assuré travaille pour la M\_\_\_\_\_ depuis novembre 2010, à titre bénévole dans un premier temps, comme salarié depuis 2011, et au bénéfice d'un contrat de travail à durée indéterminée dès le 1er novembre 2014. Il est rémunéré comme un interprète communautaire certifié. Selon les CI, il a perçu depuis 2012 des revenus d'un peu plus de CHF 40'000.- chaque année. Il y a lieu d'en déduire que son activité auprès de la M\_\_\_\_\_ est suffisamment stable depuis 2012 et lui permet d'assurer, quand bien même elle est sur appel, des revenus réguliers. C'est dès lors à juste titre que l'OAI a déterminé le revenu d'invalidité en tenant compte de l'activité exercée par l'assuré comme interprète. Cette activité lucrative constitue indéniablement un motif de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA du droit de l'assuré à la rente d'invalidité en tant qu'elle implique une modification de la capacité de gain. Aussi l'OAI était-il en droit de procéder à une révision.

#### **E. 20**

Reste à déterminer à partir de quelle(s) date(s) le droit à la rente de l'assuré doit être modifié. En vertu de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Selon la jurisprudence, le sens et le but de l'art. 88a al. 1 RAI est notamment de donner au bénéficiaire de la rente une certaine assurance en ce qui concerne le versement régulier de ses prestations. Des modifications temporaires des facteurs qui fondent le droit à la rente ne doivent pas conduire à une adaptation par la voie de la révision; au regard de la sécurité du droit, l'octroi d'une rente entrée en force se doit d'avoir une certaine stabilité (arrêt 9C\_1022/2012 du 16 mai 2013 consid. 3.2). En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88a al. 1 RAI); on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (deuxième phrase de la disposition; arrêt I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt 9C\_1022/2012 cité consid. 3.3.1).

A/745/2016 - 20/22 - En l'occurrence, la reprise d'une activité à temps partiel, alors que son état de santé est stable, met en évidence une amélioration durable de sa capacité de gain, qui justifie l'application de l'art. 88a al. 1 première phrase RAI.

#### **E. 21**

Aux termes de l'art. 88bis al. 2 let a et b RAI, « La diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet : a. au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision; b. rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer

irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement en vertu de l'art. 77, que la poursuite du versement de la prestation ait eu lieu ou non en raison de l'obtention irrégulière ou de la violation de l'obligation de renseigner ». Il convient encore de préciser que d'après l'art. 31 al. 1 LPGA, l'ayant droit, ses proches ou les tiers auxquels une prestation est versée sont tenus de communiquer à l'assureur ou, selon les cas, à l'organe compétent toute modification importante des circonstances déterminantes pour l'octroi d'une prestation. En matière d'assurance- invalidité, l'art. 77 al. 1 RAI précise que l'ayant droit ou son représentant légal, ainsi que toute personne ou autorité à qui la prestation est payée, doit communiquer immédiatement à l'office AI tout changement important qui peut avoir des répercussions sur le droit aux prestations, en particulier les changements qui concernent l'état de santé, la capacité de gain ou de travail, la situation personnelle et éventuellement économique de l'assuré. Pour qu'il y ait violation de l'obligation de renseigner, il faut qu'il y ait un comportement fautif; d'après une jurisprudence constante, une légère négligence suffit déjà (ATF 112 V 97 consid. 2a p. 101). Selon l'art. 77 RAI, l'ayant droit ou son représentant légal, ainsi que toute personne ou autorité à qui la prestation est payée, doit communiquer immédiatement à l'office AI tout changement important qui peut avoir des répercussions sur le droit aux prestations, en particulier les changements qui concernent l'état de santé, la capacité de gain ou de travail, l'impotence, ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de l'invalidité, le lieu de séjour déterminant pour fixer le montant de l'allocation pour impotent et de la contribution d'assistance, ainsi que la situation personnelle et éventuellement économique de l'assuré. En l'espèce, l'OAI considère que l'assuré a failli à son obligation de renseigner en taisant le fait qu'il avait repris une activité lucrative. L'assuré allègue qu'il travaille sur appel, que son revenu est instable et qu'il n'avait pas réalisé que sa capacité de gain subissait un changement si important, de sorte qu'il a cru, de bonne foi, ne pas avoir à informer l'OAI de son activité.

A/745/2016 - 21/22 - Il n'est pas contesté que l'assuré n'a pas annoncé à l'OAI qu'il avait repris une activité lucrative. Il s'agit de déterminer s'il s'est ainsi rendu coupable d'une violation de l'obligation de renseigner au sens de l'art. 77 RAI, ou, en d'autres termes, si, au degré de vraisemblance requis par la jurisprudence, son omission est due à un comportement fautif, étant à cet égard rappelé qu'une négligence légère suffit déjà (ATF 112 V 101 consid. 2a ; ATFA 1966, p. 55, consid. lb; RCC 1974, p. 140, consid. 4, et d'autres arrêts qui n'ont pas été publiés). Il n'est pas non plus contesté que l'assuré savait qu'il avait l'obligation de renseigner l'OAI en cas de modification du revenu provenant de l'exercice d'une activité lucrative. Il ne pouvait cependant pas manquer de comprendre qu'il réalisait un revenu s'élevant à un peu plus de CHF 40'000.- chaque année, alors qu'un revenu de CHF 29'989.- avait été pris en considération en tant que revenu d'invalidé, compte tenu d'une capacité de travail de 50%, pour déterminer son degré d'invalidité. La chambre de céans considère quoi qu'il en soit que l'assuré n'avait pas à se substituer à l'OAI pour juger si la modification de son revenu, même minime, était ou non susceptible d'influencer son droit aux prestations AI. Il lui appartenait ainsi de s'inquiéter auprès de l'OAI des conditions à remplir pour pouvoir travailler partiellement et de s'assurer qu'il agissait conformément à ce qui était exigé de lui en n'annonçant pas son activité (ATF 9C\_311/2009 ; I 528/06). En ne prenant pas cette précaution, il a commis une négligence légère qui suffit pour retenir une violation de l'obligation de renseigner et partant l'application de l'art. 88bis al. 2 let. b RAI. La diminution, puis la suppression de la rente, rétroagit à la date où elle a cessé de correspondre au droit de l'assuré. En l'occurrence, il y a

lieu de fixer cette date en 2012, soit l'année au cours de laquelle il a réalisé un revenu de CHF 40'581.-. L'assuré a contrevenu à son obligation de renseigner, ce qui entraîne la diminution à une demi-rente pour 2012, à un quart de rente pour 2013 et 2014, puis la suppression de sa rente, pour 2015. Aussi le recours est-il rejeté.

A/745/2016 - 22/22 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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