

# **GE\_GERICHTE ATAS/414/2009 vom 7. April 2009**

GE Cour de justice, 2009-04-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_414\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_414_2009)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/414/2009 du 7 avril 2009

IT: GE\_GERICHTE ATAS/414/2009 del 7 aprile 2009

## **Erwägungen**

### **E. 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.

### **E. 2**

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. La décision sur opposition litigieuse du 6 août 2008 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. Par ailleurs, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits. (ATF 129 V 1, consid. 1 ; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). En l'espèce, les faits pertinents remontent à l'année 2001. Le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002, et, après le 1er janvier 2003 par la nouvelle réglementation. Les dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 sont régies par le même principe. En revanche, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2006 (RO 2007 5129 ; 5ème révision AI) entrée en vigueur le 1er janvier 2008 ne sont pas applicables.

### **E. 3**

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

### **E. 4**

La question litigieuse concerne la suppression avec effet ex nunc de la rente entière d'invalidité accordée par décision du 7 mars 2006.

### **E. 5**

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. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une

A/3192/2008 - 11/18 - partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins

(art. 28 al. 1 LAI). 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). Dans l'assurance- invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance- invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

## **E. 6**

Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, qui formalise un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 133 V 50 consid. 4.1). Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies (ATFA non publié du 27 mars 2006, I 302/04, consid. 4.5).

A/3192/2008 - 12/18 - Pour juger s'il faut reconsidérer une décision, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où la décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque, une modification de pratique ne saurait faire apparaître l'ancienne comme sans nul doute erronée (ATF 125 V précité). 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. 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). Une instruction lacunaire peut, selon la jurisprudence, justifier qu'une décision de rente soit considérée comme manifestement erronée (cf. ATFA non publié du 13 août 2003 no I 790/01 ou ATF non publié du 31 octobre 2008 no 9C\_659/2008).

## E. 7

En l'espèce, dans sa décision initiale du 7 mars 2006, l'OCAI ne mentionne pas les documents sur lesquels il s'est fondé pour allouer à l'assuré une rente entière d'invalidité. La motivation jointe à son prononcé envoyé à la Caisse de compensation de la SSE en date du 17 janvier 2006 permet cependant de conclure que l'état de santé psychique de l'assuré avait été déterminant. De plus, il peut être déduit de l'ensemble du dossier que l'OCAI a essentiellement tenu compte des avis du Dr T\_\_\_\_\_ du 16 janvier 2006 et de ceux des médecins traitants, les Drs N\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_, pour retenir une capacité de travail nulle dans toute activité lucrative depuis 2002, partant un degré d'invalidité de 100%.

A/3192/2008 - 13/18 - Le Dr T\_\_\_\_\_ du SMR avait indiqué, dans son avis du 16 janvier 2006, que rien n'empêchait l'assuré, d'un point de vue physique, d'entreprendre une activité lucrative, mais que ses atteintes à la santé psychique justifiaient pour l'instant une incapacité totale de travail. Son avis était fondé sur les rapports du Dr N\_\_\_\_\_, attestant d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis le mois de mai 2005 en raison d'un trouble dépressif récurrent, pour lequel l'assuré avait été hospitalisé durant trois semaines à la Clinique de MONTANA. Sa capacité de travail était, d'après lui, nulle dans toute activité lucrative dès le mois de mai 2005. Quant au Dr S\_\_\_\_\_, psychiatre de l'assuré depuis le mois de septembre 2005, il avait également retenu une incapacité totale de travail depuis le mois de mai 2005 et avait diagnostiqué un trouble dépressif sévère récurrent sans symptômes psychotiques depuis l'année 2002. C'est suite à ces avis et rapports que l'OCAI a, en date du 17 janvier 2006, invité la Caisse de Compensation de la SSE à fixer le montant de la rente entière AI due à l'assuré dès le mois de février 2003, puis notifié sa décision du 7 mars 2006. Cependant, dans son avis du 17 janvier 2006, soit le jour même de la communication de l'OCAI à la Caisse de Compensation de la SSE, le Dr T\_\_\_\_\_ a remarqué que le contenu des rapports des médecins traitants ne concordait pas avec l'expertise bidisciplinaire (orthopédique et psychiatrique) réalisée le 6 octobre 2004 par les médecins du Centre Multidisciplinaire de la Douleur de GENOLIER. En effet, d'après les experts, l'assuré souffrait d'un trouble somatoforme douloureux sans pathologie psychiatrique importante associée et présentait une capacité de travail entière dans un poste adapté. Le Dr T\_\_\_\_\_ a ainsi conclu qu'une instruction complémentaire devait être effectuée. Au vu de ce qui précède, il apparaît que la communication de l'OCAI du 17 janvier 2006, fondant la décision du 7 mars 2006 allouant une rente entière à l'assuré, résulte d'une mauvaise communication au sein de l'OCAI, soit en l'espèce d'un médecin du

SMR et d'un questionnaire de l'OCAI et que la décision a été rendue de manière prématurée. Au demeurant, les avis succincts des médecins traitants ne portent pas sur les activités que l'assuré ne pouvait pas effectuer et n'indiquent pas les raisons qui l'empêcheraient d'entreprendre une activité lucrative. Ils ne remplissent ainsi pas les exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante, de sorte que l'OCAI n'était alors pas en mesure de rendre de décision sans requérir au préalable des informations médicales complémentaires.

#### **E. 8**

Dans le cadre de l'instruction de son dossier, l'OCAI a chargé le Dr U\_\_\_\_\_ de diligenter une expertise psychiatrique. Il en résulte un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), un épisode dépressif moyen (F32.1), des difficultés financières (Z59) et une dislocation du mariage (Z63.5). L'expert a conclu à une

A/3192/2008 - 14/18 - capacité de travail de 80% et à ce qu'une réadaptation professionnelle soit mise en place. Il a notamment expliqué que le diagnostic de trouble dépressif récurrent posé aux mois de juin et juillet 2005 par les médecins de la Clinique de MONTANA était faux, attendu que la première crise dépressive venait d'apparaître, de sorte qu'il ne pouvait pas exister à ce moment-là de récurrence de ce trouble. Selon lui, l'épisode dépressif n'était devenu sévère qu'au mois de janvier 2006 et avait régressé après quelques mois, vraisemblablement grâce au traitement prodigué. L'expert a constaté que l'assuré était taciturne, fixé sur ses douleurs, présentait des craintes hypocondriaques et un état de l'humeur dépressif sans idées suicidaires manifestes. Il n'avait pas de motivation à conduire une vie active. De plus, sa psychomotricité était légèrement ralentie. Le médecin a considéré que l'arrêt de l'activité professionnelle, les douleurs continues, les tendances au retrait et les problèmes financiers avaient eu des conséquences négatives dans la vie de l'assuré, ce d'autant plus que sa situation existentielle s'était péjorée de manière drastique suite à la séparation de sa femme. L'expert a constaté que l'absence de structure prémorbide évidente de la personnalité et de maladies chroniques physiques associées permettaient de conclure que l'assuré avait la capacité de surmonter une grande partie de ses douleurs, mais que la présence de l'épisode dépressif de degré moyen ainsi que la perte d'intégration sociale justifiaient le fait que l'assuré ne pouvait pas entièrement les surmonter.

#### **E. 9**

Il apparaît que l'expertise psychiatrique se fonde sur un examen approfondi et sur le dossier de l'assuré, sur une anamnèse complète, sur un exposé des plaintes de l'assuré ainsi que sur des constatations cliniques objectives. Ces éléments ont fait l'objet d'une appréciation motivée qui a abouti à des conclusions cohérentes. Les diagnostics ont également clairement été exposés. De plus, l'incapacité de travail de 20% tient compte du fait que l'assuré ne dispose pas de toutes les ressources nécessaires pour surmonter entièrement ses douleurs. Il sera dès lors constaté que ce rapport d'expertise complet et motivé a pleine valeur probante. Les rapports des médecins traitants, les Drs N\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_, sont succincts et ne permettent notamment pas de déterminer les raisons pouvant justifier l'incapacité de l'assuré à reprendre une activité lucrative dans le futur. Par ailleurs, les déclarations du Dr S\_\_\_\_\_ concernant notamment le début des troubles dépressifs durant l'année 2002 faites sur la seule base des propos de l'assuré, tendent à indiquer que ce médecin pourrait, en cas de doute, être enclin, comme le prévoit la jurisprudence, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier, ce dont le

Tribunal doit tenir compte (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Au vu de ce qui précède, les rapports des médecins traitants ne sauraient valablement remettre en cause les conclusions dûment motivées de l'expertise diligentée par un psychiatre.

A/3192/2008 - 15/18 - Il y a lieu d'ajouter qu'il n'est nul besoin d'examiner en l'espèce le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux dont souffre l'assuré, attendu que même dans l'hypothèse la plus favorable à l'assuré, soit en suivant les conclusions de l'expertise psychiatrique, la solution du litige ne s'en trouverait pas modifiée.

#### **E. 10**

De surcroît, après avoir déterminé la capacité de travail de l'assuré d'un point de vue médical, l'OCAI a mis l'assuré au bénéfice d'un stage d'observation professionnelle, qui s'est déroulé auprès des EPI du 17 mars au 13 mai 2008 et qui a été interrompu de manière prématurée, l'assuré ayant été renvoyé de son stage en entreprise. Il ressort notamment du rapport des EPI que l'assuré présentait bel et bien une capacité de travail de 80% dans une activité manuelle simple avec alternance des positions et un rythme de travail adapté, soit par exemple dans le domaine de l'ébavurage, du montage de sous-ensemble ou du conditionnement léger. Selon ce rapport, l'assuré manquait d'engagement, présentait une l'attitude plaintive et était centré sur ses douleurs. L'engagement de l'assuré avait été sélectif en fonction des activités proposées. Une formation pratique en entreprise était possible, mais les capacités d'adaptation ainsi que les réticences personnelles de l'assuré limitaient les chances de réussite d'une réinsertion. Les conclusions du rapport des EPI, admettant une capacité résiduelle de travail de 80% dans une activité adaptée, ne font ainsi que confirmer celles du rapport d'expertise.

#### **E. 11**

Ainsi, au vu de tout ce qui précède, une instruction complète du dossier aurait dû amener l'OCAI à conclure que l'assuré était apte à exercer une activité lucrative adaptée à 80%. L'OCAI ayant rendu sa décision sur la seule base des avis succincts des médecins traitants, force est de constater que sa décision du 7 mars 2006 était manifestement erronée.

#### **E. 12**

L'assuré soutient qu'il souffre toujours de douleurs liées à son genou droit et reproche à l'OCAI de ne pas avoir fait porter l'instruction sur ses affections somatiques. Le Tribunal de céans constate qu'il ressort de deux expertises, soit de celle diligentée par le Dr V\_\_\_\_\_ en octobre 2003 et de celle d'octobre 2004 du Centre Multidisciplinaire de la Douleur à GENOLIER, que l'assuré était susceptible d'exercer ses tâches quotidiennes, y compris les travaux lourds, qu'il pouvait même entreprendre une activité sportive et qu'il présentait, d'un point de vue somatique, une entière capacité de travail dans une activité adaptée. Suite à la seconde expertise, le Dr N\_\_\_\_\_ avait même demandé qu'une mesure d'ordre professionnel soit mise en place. Quant au Dr P\_\_\_\_\_, il avait également conclu, au mois de septembre 2004, à une entière capacité de travail dans une activité sédentaire.

A/3192/2008 - 16/18 - Ainsi, au vu des avis des experts et des médecins traitants concordant tous sur la totale capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à ses affections somatiques, il n'était dès lors pas nécessaire que l'OCAI instruisse plus avant sur ses atteintes somatiques.

#### **E. 13**

Il y a encore lieu de se prononcer sur le degré d'invalidité de l'assuré.

#### **E. 14**

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette dernière disposition prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174). Dans le cadre de la détermination du revenu sans invalidité, l'OCAI a pris en considération, avec raison, le salaire horaire ainsi que les horaires communiqués par l'employeur de l'assuré en date du 4 mars 2004 et a indexé le salaire annuel à l'ISS. En ce qui concerne le revenu d'invalide, c'est également à juste titre que l'OCAI l'a calculé sur la base des données statistiques, l'assuré n'ayant pas repris d'activité lucrative depuis 2001. Le montant de 4'732 fr. (40 heures par semaine) correspond aux activités simples et répétitives tous secteurs confondus ressortant du tableau TA1 de l'ESS 2006. Ce montant a été annualisé et adapté à la durée normale de travail par semaine en 2006, soit 41.7 heures (La Vie économique, 1/2 - 2009, tableau B9.2), puis diminué en fonction de la capacité de travail réduite de l'assuré. Le degré d'invalidité est ainsi de 19.1% comme déterminé par l'OCAI.

#### **E. 15**

Ce degré est insuffisant pour ouvrir à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, de sorte que la décision du 7 mars 2006 est manifestement erronée dans son résultat. La rectification de ladite décision revêt également une importance notable, attendu que l'OCAI aurait dû, en lieu et place de l'octroi d'une rente entière, rendre une décision refusant à l'assuré le droit à une rente d'invalidité. Toutes les conditions de la reconsidération étant remplies, c'est, en conséquence, à juste titre que l'OCAI a reconsidéré sa décision du 7 mars 2006.

#### **E. 16**

La question de la réadaptation professionnelle se pose encore, soit en particulier l'octroi d'une mesure de reclassement ou d'une aide au placement.

A/3192/2008 - 17/18 -

#### **E. 17**

Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. En l'espèce, même si la condition objective des 20% (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références) pouvait être discutée, la condition de aptitude subjective nécessaire n'est en tout état de cause pas remplie. En effet, il ressort clairement du rapport d'évaluation des EPI que l'assuré manquait à tel point d'engagement que la mesure d'observation a été interrompue de manière prématurée. Les déclarations de l'assuré concernant le caractère inadapté du travail sollicité ne sont pas plausibles au vu du

rapport détaillé rendu par les EPI. Le Tribunal de céans est d'avis que dans de telles conditions, une mesure de reclassement professionnel requérant une certaine motivation de l'assuré n'est pas susceptible, de manière vraisemblable, à améliorer sa capacité de gain. La décision de l'OCAI sera par conséquent confirmée sur ce point.

**E. 18**

al. 1 LAI), présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'AI, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré (VSI 2002 111ss et les références). Le Tribunal constate que la capacité de travail de l'assuré est aujourd'hui théorique, attendu qu'il n'a plus travaillé depuis 2001. Après tant d'années, il a certes besoin de soutien pour retrouver une activité lucrative, toutefois, pour qu'une aide au placement soit accordée, l'assuré doit également démontrer de la motivation, motivation qui fait défaut en l'espèce. Ainsi, une telle mesure ne saurait être en l'état ordonnée. Le Tribunal de céans attire l'attention de l'assuré sur le fait que l'OCAI s'est déclaré ouvert à lui accorder une aide au placement sur demande motivée de sa part. Il lui appartiendra dès lors de solliciter cette mesure auprès de l'OCAI.

**E. 19**

La décision de l'OCAI sera par conséquent entièrement confirmée.

A/3192/2008 - 18/18 -

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