

# **GE\_GERICHTE ATAS/454/2012 vom 30. März 2012**

GE Cour de justice, 2012-03-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_454\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_454_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/454/2012 du 30 mars 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/454/2012 del 30 marzo 2012

## **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; RS 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 loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 et des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008.

### **E. 3**

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

### **E. 4**

Le litige porte sur l'amélioration de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assuré, entre la décision initiale du 23 juin 1998 et la décision litigieuse du 15 avril 2011, le point de départ temporel pour l'examen d'une éventuelle modification du taux d'invalidité étant fixé à la date de la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (ATF 133 V 108). Or, lors des procédures de révision de 1999 et 2002, seuls les médecins traitants ont été consultés, sans que l'OAI procède à l'examen matériel du droit à la rente.

### **E. 5**

a) 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). b) 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 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

A/1617/2011 - 17/26 - 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, 130 V 343 consid. 3.5.2). 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). En revanche, il n'y a 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). 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 (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1 et les références).

## **E. 6**

a) Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). b) La jurisprudence considère à cet égard que sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, s'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (VSI 1999 p. 247 consid. 1 et les références). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est (ou était) en mesure de retrouver un

A/1617/2011 - 18/26 - emploi sur un marché équilibré du travail. Indépendamment de l'examen de la condition de l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 123 V 233 consid. 3c et les références), cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à

son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêts F. du 27 mai 2005, I 819/04, consid. 2.2, N. du 26 mai 2003, I 462/02, consid. 2.3; W. du 4 avril 2002, I 401/01, consid. 4c). c) Dans un arrêt 9C\_104/2008 du 15 octobre 2008, le Tribunal fédéral estime que l'abattement de 20%, sur un maximum de 25, fixé par l'office AI, tient suffisamment compte des limitations fonctionnelles, nombreuses mais laissant subsister une capacité résiduelle de 50% dans un grand nombre d'activités, et de l'âge de l'intéressé, 59 ans au moment de la décision litigieuse, ce qui est encore éloigné de l'âge à partir duquel le Tribunal fédéral reconnaît généralement que ce facteur devient déterminant et nécessite une approche particulière (cf. notamment SVR 2003 IV n° 35 p. 107 [I 462/02]; arrêts 9C\_849/2007 du 22 juillet 2008, 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008, I 1034/06 du 6 décembre 2007, I 61/05 du 27 juillet 2005, I 819/04 du 27 mai 2005, I 462/02 du 26 mai 2003 I 617/02 du mars 2003, I 461/01 du 4 avril 2002). Il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb p. 323). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et du taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79). L'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation, qui est soumise à l'examen du juge de dernière instance uniquement si la juridiction cantonale a exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit si elle a commis un excès positif ou négatif de son pouvoir d'appréciation ou a abusé de celui-ci (ATF 132 V 393 consid. 3.3 p. 399), notamment en retenant des critères inappropriés, et ne tenant pas compte des circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet des

A/1617/2011 - 19/26 - circonstances pertinentes ou en n'usant pas de critères objectifs (cf. ATF 130 III 176 consid. 1.2 p. 180).

## **E. 7**

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

## **E. 8**

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 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 261 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). b) 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/bb et cc). c) Les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail ou de gain sur le marché du travail. Dans les cas où ces appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il incombe à l'administration ou au juge de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément

A/1617/2011 - 20/26 - d'instruction (arrêt I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 page 64). d) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c.).

## **E. 9**

Dans le cas d'espèce, il est établi que la rente d'invalidité a été accordée à l'assuré par décision du 23 juin 1998 en raison des troubles psychiques retenus par l'expert mandaté en 1997. Du point de vue somatique, l'assuré était pleinement capable de travailler dans une activité respectant les limitations fonctionnelles liées au seul genou droit, soit toute activité en position essentiellement assise et ce depuis 1995. C'est sur cette base que la SUVA a déterminé un taux d'invalidité de 33 %, comparant le revenu que l'assuré aurait pu réaliser

en tant que mécanicien (4'150 fr.) et celui qu'il aurait pu réaliser, sans aucune évolution salariale dans une activité adaptée (2'800 fr.). Aucun médecin, et même pas la Dresse B \_\_\_\_\_, alors médecin traitant de l'assuré, n'a affirmé à cette époque que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée serait limitée par les douleurs au genou. L'incapacité était justifiée par une dépression, alors traitée par la Dresse C \_\_\_\_\_. L'expertise psychiatrique de 2008 de la Dresse A \_\_\_\_\_ a le seul défaut formel de contenir des commentaires personnels déplacés sur l'intention supposée de l'assuré de continuer à toucher des rentes pour entretenir sa famille sans effort. Lors de l'expertise faite en 1997, l'experte avait déjà émaillé son rapport de suppositions quant au travail au noir du patient. Bien que ces préjugés à l'égard des assurés pourraient faire douter de son objectivité, il faut reconnaître que ses expertises sont probantes, car leur contenu est convaincant. Le rapport de 2008 tient compte des plaintes du patient, se fonde sur deux entretiens, mais aussi l'ensemble du dossier médical, les entretiens téléphoniques avec le dernier psychiatre et le

A/1617/2011 - 21/26 - médecin traitant actuel. L'expert retient de façon convaincante, en particulier au vu de l'absence de tout traitement spécifique, mais surtout sur la base des constatations objectives, que les troubles dépressifs et paranoïaques présents de 1996 à 2002 ont disparu, l'assuré présentant un trouble hypocondriaque sans effet sur sa capacité de travail et un état dépressif léger. Il consulte ses médecins au maximum deux fois par an et il a trouvé un équilibre personnel et familial autour de sa situation. Le recourant fait grief à l'expert d'avoir mal apprécié son état psychique, l'absence de suivi spécialisé n'étant pas la démonstration d'une amélioration de son état, mais une nécessité, car ce suivi aggravait son état de santé. Bien que la Dresse A \_\_\_\_\_ ait admis en 1997 que la dépression de l'assuré, qui niait son état, était difficile à traiter, elle avait alors déjà retenu qu'un traitement médicamenteux durant un an devait améliorer la situation. A noter que la Dresse C \_\_\_\_\_ avait interrompu le suivi en décembre 2001, l'assuré alléguant alors d'un état "presque" persécutoire pour mettre un terme à ce suivi, de sorte que le maintien de la rente en 2002 a été fondé sur le seul avis de la Dresse B \_\_\_\_\_, mentionnant un état dépressif moyen, traité par Deroxat, sans vérification de la compliance, ce médecin attestant alors à tort que son patient a changé de psychiatre, alors qu'il n'en a plus consulté du tout (sauf une consultation unique du Dr D \_\_\_\_\_, en octobre 2002, qui retient que l'état psychique est légèrement amélioré, la thymie étant moins triste) de fin 2001 à septembre 2009. Il est donc admis au degré de la vraisemblance prépondérante que l'interruption du suivi à fin 2001 était le signe d'une amélioration notable de l'état dépressif de l'assuré. Les conclusions de l'expert s'agissant de l'absence de pathologie psychiatrique invalidante ne sont au demeurant pas vraiment remises en cause par l'avis de la Dresse K \_\_\_\_\_. Celle-ci atteste en effet d'une aggravation de l'état dépressif immédiatement après le stage aux EPI, en septembre 2009, date du début des consultations, mais admet ensuite que son patient est très démonstratif de ses douleurs, et retient une capacité de travail de 60 à 80% sans indiquer au demeurant pourquoi cet état anxio-dépressif, correctement traité, qui se péjore uniquement à chaque évocation d'une reprise d'activité, pour lequel des séances très espacées suffisent, impliquerait une limitation de la capacité de travail de l'assuré, étant rappelé que l'avis peu motivé d'un médecin traitant, naturellement empathique, ne permet pas de remettre en cause les conclusions d'une l'expertise, et ne justifie pas d'ordonner une expertise judiciaire. Il n'est au surplus pas utile d'interroger à nouveau la Dresse K \_\_\_\_\_, qui a répondu à la question de la capacité de travail (40-50% selon l'assuré mais 60-80% selon elle) et si elle a attesté de la capacité de travail actuelle de son

patient, sans se prononcer sur celle de 2001 à 2009, c'est certainement parce qu'elle ne peut pas le faire, en l'absence d'indication sur sa situation psychiatrique à ce moment-là et à défaut de tout suivi spécialisé. S'agissant de la Dresse Q \_\_\_\_\_, elle confirme le diagnostic d'état dépressif récurrent de gravité moyenne, le suivi bi-hebdomadaire et la compliance de l'assuré au traitement antidépresseur et anxiolytique prescrit, sans se prononcer sur la

A/1617/2011 - 22/26 - capacité de travail de l'assuré. Elle relève la composante somatique en envisageant un syndrome somatoforme, tout en préconisant une attitude active et stimulante, ce qui laisse entendre de soutien dans la reprise d'une activité. La Cour retient donc qu'il est établi que, du point de vue psychique, l'assuré ne présente aucune pathologie ayant une répercussion sur sa capacité de travail, les diagnostics d'état dépressif léger et hypocondriaque sans effet sur la capacité de travail étant retenus par l'expert, de sorte que l'incapacité de travail de 20% à 40% retenue par l'avant dernier psychiatre traitant en raison d'un état dépressif moyen, qui semble réactionnel au stage aux EPI, n'emporte pas la conviction de la Cour. Sur le plan somatique, le rapport médical du Dr I \_\_\_\_\_ du SMR est partiellement probant. Il mentionne les plaintes du patient, fait des constatations objectives, et se fonde sur l'ensemble du dossier médical, y compris les radios et les IRM du genou (2008) et du rachis lombaire (2005). S'agissant du dos, les constatations du médecin du SMR concernant l'absence de récurrence de hernie discale, après l'opération de 2005, sont confirmées par l'examen du Dr G \_\_\_\_\_, que l'assuré s'empresse de consulter lorsqu'il est convoqué aux EPI, en 2009. Ce spécialiste se borne à attester que les douleurs peuvent être expliquées par la discopathie prédominante en L5-S1, tout en confirmant l'absence de récurrence de hernie. Par ailleurs, la stabilisation de la situation au niveau de la colonne lombaire, cervicale et dorsale ressortait déjà de l'IRM de février 2007. Du point de vue du dos, les conclusions du Dr I \_\_\_\_\_ sont donc confirmées par les autres pièces médicales du dossier et l'aggravation évoquée par la Dresse B \_\_\_\_\_ a été limitée à 6 mois en 2005 lors de la cure de hernie discale. S'agissant des genoux, le médecin du SMR semble parfois faire une confusion entre le genou gauche et droit, que ce soit lors de la description des plaintes du patient ou du diagnostic, les gonalgies chroniques sont mentionnées à gauche, alors que l'assuré et les autres médecins évoquent surtout le genou droit. Cela étant, il ressort de l'ensemble des pièces médicales au dossier qu'il n'y a pas d'aggravation au niveau des genoux depuis 1998, l'IRM de février 2007 mentionne un léger pincement au niveau de genou droit et le Dr F \_\_\_\_\_ ne fait pas état d'une aggravation sur ce plan. Malgré la confusion du rapport, les constatations faites lors de l'examen des deux genoux par le médecin du SMR en 2008 sont similaires à celles faites lors de la décision initiale, tant par le médecin de la SUVA que par le COMAI. De plus, les plaintes du patient restent inchangées, alors que tous les spécialistes s'accordaient déjà en 1998 sur l'absence d'objectivation des douleurs alléguées par l'assuré et que l'amplification des symptômes par le patient en 2008 est aussi relevée. Bien que certaines limitations ne soient pas objectivées lors de l'examen, le médecin du SMR tient assez largement compte des plaintes du patient pour retenir plusieurs limitations fonctionnelles, compte tenu de l'ensemble du dossier médical s'agissant du genou et des suites de la cure de hernie discale. Au demeurant, ni les diagnostics, ni les limitations fonctionnelles ne sont remises en cause par le Dr F \_\_\_\_\_, qui affirme sans motivation, que son patient est

A/1617/2011 - 23/26 - totalement incapable de travailler. Certes, le Dr F \_\_\_\_\_ indique une aggravation de la discopathie L4-L5, mais celle-ci date d'octobre 2011, selon

l'IRM alors pratiquée, soit après la décision litigieuse et n'entre donc pas dans le cadre du présent litige. D'ailleurs, il retenait déjà une totale incapacité de travail en 2008, sans cet élément objectif, de sorte que l'on ne peut pas se fonder sur cet avis peu motivé pour déterminer la capacité de travail. Au demeurant, le Dr J \_\_\_\_\_ ne conteste pas les conclusions des expertises rhumatologiques et psychiatriques, mais relève que l'assuré, après 20 ans d'inactivité en situation d'invalidité n'a plus la capacité de retourner dans le monde du travail. La Cour retient donc qu'il n'y a pas d'aggravation notable de l'état de santé du point de vue somatique. La brève incapacité de travail du 10 février au 10 mars 2012 consécutive à une opération pour des hernies inguinales est non seulement sans effet durable sur la capacité de travail, mais de surcroît largement postérieure à la décision litigieuse. Il y a donc lieu d'admettre que l'état de santé psychique de l'assuré s'est amélioré entre 1998 et la décision du 15 avril 2011 et que l'état de santé somatique est resté stationnaire, de sorte que les conclusions finales du rapport du Dr I \_\_\_\_\_ et celles de la Dresse A \_\_\_\_\_ peuvent être suivies, l'assuré est pleinement capable de travailler dans une activité adaptée et respectant l'ensemble des limitations décrites.

#### **E. 10**

S'agissant de l'échec du stage, il est dû à l'arrêt de travail très rapidement prescrit, alors que l'assuré était présent à 50% seulement, dans le cadre d'une activité d'observation relativement peu contraignante, respectant les limitations fonctionnelles retenues, l'assuré ayant immédiatement adopté une attitude démonstrative qui n'a pas convaincu les responsables de l'atelier, de sorte que le rendement extrêmement faible constaté dans ces conditions n'est pas un élément probant pour confirmer ou infirmer la capacité de travail médicalement attestée, ni pour fixer le rendement et déterminer quelles sont les activités adaptées. A noter que lors du séjour au COMAI en 1995, une importante discordance entre les plaintes et l'examen clinique avait déjà été relevée. Il est certain que le maintien d'une rente entière d'invalidité de 1992 à 2011, alors que l'assuré a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis fin 2001, voire 1996 déjà, mis à part la période d'incapacité due à l'hernie discale durant 6 mois en 2005, est de nature à déconditionner physiquement l'assuré, à le démotiver, de sorte que l'évocation d'une reprise d'activité peut être angoissante, voire aggraver passagèrement un état dépressif amendé. Toutefois, il s'avère que l'assuré est convaincu et veut convaincre de sa totale incapacité d'exercer toute activité lucrative. Au lieu de saisir l'opportunité évoquée en audience de participer à un nouveau stage d'observation à temps partiel, puis à un réentraînement à l'effort, pour tenir compte de la longue durée d'inactivité et du temps d'adaptation nécessaire au retour sur le marché du travail, l'assuré commence par dire qu'il ne sait pas ce qu'il peut encore faire, laissant entendre qu'il ne peut rien faire. C'est ainsi à juste titre que l'OAI a mis un terme à la tentative de réadaptation et que la

A/1617/2011 - 24/26 - Cour a renoncé à mettre en œuvre un nouveau stage, le caractère démonstratif évoqué par les experts et lors du stage étant aussi constaté en audience.

#### **E. 11**

Reste à déterminer quel est le taux d'invalidité de l'assuré. Sans invalidité, l'assuré aurait pu continuer à travailler en qualité de mécanicien, au bénéfice d'un CFC, et aurait ainsi une expérience de 28 ans en 2008. Selon le garage qui l'employait, l'employé le plus ancien, ayant plus de 10 ans d'expérience était alors payé 52'800 fr, mais il n'était ni titulaire d'un CFC, ni en service depuis 28 ans. L'indexation du salaire de l'assuré de 1996 à 2008

détermine un revenu de 58'220 fr. La grille des salaires ressortant de la convention collective de la branche conclue entre l'UPSA et le syndicat UNIA ne donne aucune indication de l'évolution des salaires selon l'expérience, fixant celui-ci à 4'784 fr. x 13 dès 2 ans d'expérience en 2009, soit 62'192 fr. Le salaire selon l'ESS 2008, TA1, ligne 50 (commerce et réparation de véhicules automobiles), niveau 3 (connaissances professionnelles spécialisées : 5'177 fr.), pour 41,6 heures de travail est de 64'609 fr. L'attestation produite par l'assuré qui mentionne un salaire entre 78'000 fr. et 91'000 fr. n'est pas probante, car il s'agit de l'estimation d'un garage isolé du canton, qui n'est basée ni sur un cas concret, ni sur un usage ou une convention liant la branche. La Cour estime au degré de la vraisemblance prépondérante, au vu de la longue expérience acquise et de sa spécialisation, que le revenu que l'assuré aurait réalisé en 2008 serait de l'ordre de 63'400 fr. soit une moyenne entre le salaire ESS et celui de la CCT. Les limitations fonctionnelles retenues pour l'assuré sont nombreuses, mais restent compatibles avec l'industrie légère et l'activité de bureau (pour laquelle l'assuré a suivi une formation durant deux ans), étant précisé que dans cette situation, le Tribunal fédéral admet le recours aux salaires ressortant de l'ESS, TA 1, total, niveau 4 (activité simples et répétitives), ne nécessitant pas de formation, de 4'806 fr. en 2008, soit pour 41,6 heures d'activité, un revenu de 59'978 fr. tel que retenu par l'OAI. S'agissant de l'abattement, il faut considérer que les limitations fonctionnelles sont nombreuses, mais assez usuelles et ne concernent pas les membres supérieurs, que l'assuré est âgé de 51 ans et qu'il a travaillé durant 13 ans dans un seul et même domaine d'activité. Bien que ce critère ne soit pas retenu par la jurisprudence, sauf pour des assurés proches de l'âge de la retraite, il s'avère que l'éloignement du monde du travail et l'inactivité durant 20 ans sont des facteurs qui limitent la capacité d'adaptation d'un assuré, et ainsi, le montant de son salaire, si ce n'est ses chances de trouver un emploi. Cela étant, au vu de la jurisprudence stricte, l'abattement retenu par l'OAI de 15% ne prête pas flanc à la critique et détermine ainsi un revenu d'invalidité de 50'982 fr. La comparaison des revenus avec et sans invalidité permet de fixer le taux d'invalidité à 20 %, ce qui n'ouvre pas de droit à une rente d'invalidité. A noter que le taux d'invalidité ne serait encore que de 39%, soit insuffisant pour maintenir ne serait-ce qu'un quart de rente, même si l'assuré présentait une incapacité de travail de 20% pour l'état psychique et si un abattement de 20% se justifiait.

A/1617/2011 - 25/26 -

#### **E. 12**

Ainsi, l'OAI était fondé à estimer que l'amélioration notable de l'état de santé de l'assuré de 1998 à 2011 justifiait une révision de son droit à la rente et la suppression de celle-ci pour l'avenir. Le fait que cette amélioration date vraisemblablement de 2002 déjà et qu'il eût été préférable de supprimer alors la rente, d'achever la réorientation de l'assuré afin qu'il retrouve rapidement un travail au lieu de le maintenir dans un statut d'invalidité admis par l'OAI n'est pas pertinent, la loi ne permettant pas de maintenir l'octroi d'une rente pour ce motif. A noter enfin que l'éventuelle aggravation de l'état lombaire postérieure à la décision, si elle est durable, permet le dépôt d'une demande de révision.

#### **E. 13**

Le recours, mal fondé, est rejeté. Le recourant sera par ailleurs condamné à un émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/1617/2011 - 26/26 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant A la forme :

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