

GE_GERICHTE ATAS/53/2013 vom 22. Januar 2012

GE Cour de justice, 2012-01-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_53_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/53/2013 du 22 janvier 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/53/2013 del 22 gennaio 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.

A/999/2012 - 12/23 -

E. 2

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, 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 ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1er janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 4

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 5

Le litige porte sur la révision de la rente d'invalidité de l'assuré, singulièrement sur l'amélioration de son état de santé.

E. 6

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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

A/999/2012 - 13/23 - 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). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI). 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 (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

E. 7

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). 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.

A/999/2012 - 14/23 - L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A 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). 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). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 8

a) La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). 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 et ATF 128 V 174). b) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant

A/999/2012 - 15/23 - s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu 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 sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires

(ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATFA non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2). c) Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/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 (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393, consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut,

A/999/2012 - 16/23 - sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5).

E. 9

a) 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). b) L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). 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 I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

A/999/2012 - 17/23 - 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 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). c) Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (ATFA non publié I 806/04 du 15 mars 2005, consid. 2.2.). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable. En vertu de l'art. 88bis al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet, au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a), ou 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 selon l'art. 77.

E. 10

a) En vertu de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. 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. b) Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c, ATF 115 V 308 consid. 4a/cc). 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 (ATF non publié 9C_187/2007 du 30 avril 2008 consid. 4.3). Tel est notamment le cas lorsque

A/999/2012 - 18/23 - l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 5.2). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence - à l'époque - de preuves de faits essentiels (ATF non publié 9C_76/2010 du 24 août 2011 consid. 4.2). Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (ATF non publiés 9C_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2, U 5/07 du 9 janvier 2008 consid. 5.2, 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2, I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). c) Une nouvelle appréciation des faits après un examen plus complet et approfondi de la situation médicale effectuée dans le cadre d'une révision ne permet pas une reconsidération, car même s'il apparaît ultérieurement que l'instruction ou l'appréciation médicale faite à l'époque peut sembler aujourd'hui critiquable, cela ne rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement insoutenable au regard de la situation de fait et de droit de l'époque (arrêt n. p. du 27 novembre 2012, 9C_709/2012).

E. 11

En l'espèce, il convient de comparer la situation lors de la décision du 13 août 1997, qui octroie une rente entière pour un taux d'invalidité de 100% avec celle lors de la décision du 24 février 2012, qui réduit les prestations à une demi-rente d'invalidité, sur la base d'un taux d'invalidité de 50%, afin d'apprécier le bien fondé de la révision opérée en application de l'art 17 LPGA. En 1997, la décision a été fondée sur l'expertise du Dr O_____, généraliste et spécialiste en chirurgie, qui a retenu une totale incapacité de travail en raison des troubles du genou gauche et du dos. Il suggère une révision du dossier dans deux ou trois ans, afin d'examiner si l'assuré s'est adapté à la douleur, tout en relevant, sans les désigner ainsi, des signes algiques et de retrait qui ne s'expliquent pas objectivement. En 2012, la décision a été fondée sur l'expertise du Dr P_____, qui retient une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. En premier lieu, la Cour relèvera que l'expertise du Dr P_____ a pleine valeur probante. Elle est fondée sur l'ensemble du dossier de

l'assuré, tient compte des plaintes de ce dernier, mais précise à juste titre celles qui ne sont pas objectivées et qui permettent de retenir une majoration. Le status objectif est détaillé et nuancé. L'expert relève les contradictions entre les plaintes et la mobilité partiellement bien conservée de l'assuré, mais retient des limitations

A/999/2012 - 19/23 - fonctionnelles et une diminution de rendement en raison des troubles du genou et du dos. Enfin, bien qu'elles soient peu motivées, ses conclusions sont convaincantes s'agissant d'une capacité de travail de 50%, au maximum, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles. Ce taux d'activité tient compte des éléments objectifs et de la diminution de rendement. Contrairement à ce que soutient l'assuré, l'expert n'a pas été influencé par la dénonciation, preuve en est qu'il confirme ses conclusions initiales à l'OAI dans son rapport complémentaire. Il rappelle que la capacité de travail exigible ne tient compte que des éléments objectifs à l'exclusion de l'amplification des symptômes, relevant que la dénonciation - de nature subjective - ne modifie en rien ses conclusions. Il est vrai que l'expert n'indique pas dans un premier temps si et en quoi l'état de santé de l'assuré se serait amélioré de 1997 à 2010. Il précise toutefois ensuite sa réponse sur demande de la Cour. Pour le surplus, l'expert répond clairement aux questions posées par l'OAI, retient que l'assuré dispose d'une capacité de travail limitée à 50%, en raison des atteintes somatiques objectives constatées et précise à la Cour que cette capacité est de 4 heures par jour, diminution de rendement incluse. Cela étant, il s'avère que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas aggravé ni amélioré de façon notable, voire pas du tout, entre 1997 et 2010 (date de la deuxième expertise). Cela ressort clairement des deux expertises susmentionnées, qui retiennent, contrairement à ce que soutient l'intimé, des diagnostics comparables et des limitations similaires. Le Dr P_____ relève dans son rapport initial que la capacité de travail est demeurée inchangée entre 1997 et 2010, avec une éventuelle légère péjoration en raison du diabète, qui est toutefois contrôlé. De plus, l'absence d'évolution notable de l'état de santé est confirmée sans aucun doute possible par les précisions du Dr P_____. Bien que, malencontreusement, la Cour lui ait demandé si l'état s'était aggravé, alors qu'il s'agissait aussi de savoir s'il s'était amélioré, les réponses de l'expert sont limpides. Il rappelle que, outre les troubles du genou, les problèmes lombaires dégénératifs et statiques avaient déjà été constatés par le Dr O_____. Il retient ainsi qu'il n'y a pas eu d'aggravation notable de 1997 à 2010, mais il confirme aussi qu'il n'y a pas eu d'amélioration notable puisqu'il retient que l'état de santé est demeuré globalement inchangé du point de vue rhumatologique entre 1997 et 2010. L'absence d'évolution clinique et radiologique est également retenue en mars 2012 par la Dresse L_____, médecin-traitant et spécialiste, tant du point de vue du genou que du rachis. Par ailleurs, il est établi qu'en 1997, l'état de santé de l'assuré était stabilisé. Cela ressort de l'ensemble du dossier médical. Du point de vue rhumatologique, l'état était stable depuis la dernière intervention de 1995 et l'examen clinique de 1997 attestait d'une telle stabilisation. Le fait de suggérer de vérifier, à un délai de deux ans, si l'assuré s'est habitué aux douleurs n'indique en rien que l'état clinique ne serait pas stabilisé, ce d'autant plus que cette adaptation à la douleur n'est pas intervenue. Ainsi, lors des révisions de 2000 et 2005, la rente a été maintenue sur la base de l'avis du médecin-traitant qui indique que les douleurs restent inchangées. La persistance des

A/999/2012 - 20/23 - douleurs, voire leur aggravation est aussi relevée dans l'anamnèse de l'expertise de 2010. Au surplus, le Dr P_____ confirme cette stabilisation intervenue en 1997 déjà, motivant précisément son avis sur ce point. Il s'avère ainsi que les experts de

1997 et de 2010 ont fait une appréciation différente d'une situation médicale comparable du point de vue objectif s'agissant de la détermination de la capacité de travail de l'assuré. Il ressort de l'anamnèse détaillée du Dr P _____ et des avis des médecins-traitants que le patient continue à se plaindre de douleurs sans changement, de sorte qu'il n'y a pas non plus d'amélioration du point de vue subjectif. De même, malgré l'avis des médecins-traitants retenant une capacité de travail résiduelle dans une activité mixte, l'expert de 1997 a estimé qu'aucune activité n'était compatible avec les limitations de l'assuré. Il s'agit là aussi d'une appréciation différente de celle de l'expert de 2010 du caractère exigible et de la réalité de l'existence sur le marché d'une activité adaptée. D'ailleurs, et malgré les précautions prises par respect pour le premier expert, le Dr P _____ confirme clairement que, sur la base des constatations objectives faites en 1997 - examen clinique et imagerie - il aurait retenu, à cette époque, une capacité de travail d'au moins 50% dans une activité adaptée, alors qu'il admet une capacité de travail de 50% au maximum en 2010, relevant d'ailleurs une éventuelle légère aggravation. Cela démontre bien que les deux experts apprécient différemment la capacité de travail de l'assuré sur la base d'un état de santé identique. Or, la révision ne saurait être fondée sur une appréciation différente d'un état de santé identique, voire comparable, sans amélioration de celui-ci. Au surplus, aucune affection psychique n'a été retenue lors de l'octroi de la rente en 1997, de sorte que, de ce point de vue, l'état de santé est également demeuré inchangé. Outre les précisions documentées de la Dresse L _____ s'agissant de l'absence d'évolution, les appréciations peu motivées de l'autre médecin-traitant n'apportent pas d'élément déterminant à l'appréciation du cas. Le SMR ne précise pas en quoi l'état de santé de l'assuré se serait amélioré entre 1997 et 2010. Il se borne à constater que le second expert retient une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, relevant que ce dernier met en évidence la présence d'éléments parlant en faveur d'une amplification des symptômes. Or, l'expert relève à juste titre que ces éléments étaient déjà présents en 1997. Le SMR affirme donc que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré, sans indiquer quelle affection se serait amendée ou quel trouble aurait disparu. Le SMR n'indique pas non plus quelles conséquences sur la capacité de gain, d'un état de santé resté stable, se seraient notablement modifiées. A défaut de motivation, son avis n'est donc pas probant. En conséquence, sans amélioration de l'état de santé ou de changement important des conséquences de l'état de santé sur la capacité de gain, il n'y a pas matière à révision.

A/999/2012 - 21/23 -

E. 12

A juste titre, l'OAI ne prétend pas que la décision de réduire la rente serait fondée sur une reconsidération, tant il est vrai que la décision initiale d'octroi d'une rente entière a été basée sur un examen complet et détaillé, du point de vue médical et de celui de la comparaison des revenus. La décision initiale n'est donc pas le fruit d'une appréciation manifestement inexacte. Même s'il peut apparaître ultérieurement que l'instruction ou l'appréciation médicale faite à l'époque, retenant une totale incapacité de travail, pourrait sembler aujourd'hui critiquable, cela ne permet pas pour autant de reconsidérer la décision initiale d'octroi d'une rente entière, selon la jurisprudence. La révision étant mal-fondée, il est inutile d'examiner plus avant les griefs du recourant, s'agissant notamment de l'abattement à retenir sur le salaire d'invalidé ou du taux d'invalidité qui oscillerait, en se fondant sur le salaire communiqué par la X _____ pour 2011, entre 58,8%, avec un abattement de 15% et 63% avec un abattement de 25%. En effet, à défaut de motif de révision ou de

reconsidération, il ne se justifie pas de revoir le calcul du taux d'invalidité. Pour les mêmes motifs, il est inutile d'examiner si l'assuré dispose encore, concrètement, d'une possibilité de travail exploitable sur le marché ordinaire de l'emploi, eu égard à sa longue période d'inactivité, à son âge, son analphabétisme, sa mauvaise maîtrise de la langue française et à l'absence de toute formation.

E. 13

S'agissant de la dénonciation anonyme, la Cour relèvera, d'une part, qu'en application de l'art. 48 LPGA, une pièce dont la consultation a été refusée à une partie ne peut être utilisée à son désavantage que si le contenu essentiel se rapportant à l'affaire a été communiqué à l'assuré et si celui-ci a eu l'occasion de s'exprimer à son sujet ou de fournir une contre-preuve. En l'espèce, il s'avère que la dernière révision de la rente, initiée en novembre 2009, est consécutive à la transmission à l'OAI par le Service des prestations complémentaires de la dénonciation anonyme. L'OAI n'a donc pas respecté l'art. 48 LPGA en ne communiquant pas la teneur de la dénonciation à l'assuré avant de prendre une décision, à son désavantage, visant à réduire la rente de moitié. Compte tenu du sort de la procédure, qui a pour conséquence que la dénonciation n'est plus utilisée au désavantage de l'assuré, et du fait que cette violation a pu être réparée dans le cadre de la procédure, dès lors que la teneur de la dénonciation a été communiquée à l'assuré et que ce dernier a eu l'occasion de se prononcer à son sujet, la violation commise par l'OAI reste sans conséquence. D'autre part, après avoir pris connaissance de cette dénonciation, le Dr P_____ a confirmé que son appréciation de l'état de santé de l'assuré était fondée sur des éléments objectifs et il a retenu que cet état de santé ne s'était pas modifié notablement depuis 1997. La dénonciation ne permet pas d'établir un changement notable des autres circonstances entre 1997 et 2011. D'ailleurs, à juste titre, l'OAI ne prétend pas justifier la révision par une telle modification (revenus de

A/999/2012 - 22/23 - l'assuré, voyages, capacité de gain, etc.), la décision étant uniquement motivée par l'amélioration de l'état de santé de l'assuré, et, partant, mal fondée.

E. 14

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 24 février 2012 sera annulée. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 3'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 300 fr.

A/999/2012 - 23/23 - 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.