

# **GE\_GERICHTE ATAS/587/2011 vom 31. Mai 2011**

GE Cour de justice, 2011-05-31, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_587\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_587_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/587/2011 du 31 mai 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/587/2011 del 31 maggio 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). 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. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). La décision litigieuse datant du 8 septembre 2010 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision) et, le 1er janvier 2008, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 6 octobre 2006 (5ème révision), et les faits remontent au 1er janvier 2008. Partant, du point de vue matériel, la modification du droit à une rente d'invalidité doit être examinée au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 5ème révision, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). En ce qui concerne 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, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

### **E. 3**

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

### **E. 4**

Le litige porte sur la réduction de la rente, et en particulier sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré.

A/3443/2010 - 11/19 -

## E. 5

a) Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). b) 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. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une 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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA). L'al. 2 de cette disposition précise que 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. c) En vertu de l'art. 28a al. 1er LAI, 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. 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 ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global 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 75 consid. 5). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. d) 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.

A/3443/2010 - 12/19 - 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). e) Selon l'art. 77 RAI, l'ayant-droit doit communiquer immédiatement à l'OAI 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 le besoin de soins découlant de l'invalidité, le lieu de séjour déterminant pour fixer le montant de l'allocation pour impotent, la situation personnelle et éventuellement économique de l'assuré. En vertu de l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'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 (al. 1er). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis RAI est toutefois applicable par analogie (al. 2). Aux termes de l'art. 88bis al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité (RAI), la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet : au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a) ; 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 RAI (let. b). f) 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 décision initiale de rente et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 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

A/3443/2010 - 13/19 - conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. 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 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 publiés des 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1 et 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités).

## **E. 6**

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). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. 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 qu'enfin, 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 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C\_773/2007, consid. 2.1). c) 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, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

A/3443/2010 - 16/19 - d) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

## **E. 7**

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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

## **E. 8**

En l'espèce, après avoir pris connaissance de l'activité lucrative exercée par l'assuré depuis avril 2008, l'intimé a considéré que le recourant était capable de travailler à 70% dans une activité adaptée depuis plusieurs années. Pour conclure de la sorte, l'intimé s'est basé sur l'expertise du Dr R\_\_\_\_\_, rhumatologue, lequel présente pleine valeur probante au sens de la jurisprudence, quoi qu'en dise le recourant. En effet, ce rapport a été établi sur la base d'un examen clinique, du dossier médical de l'assuré et des radios effectuées et il tient compte des plaintes du patient. Pour le surplus, la Cour de céans ne met en exergue aucune circonstance particulière permettant de douter de l'indépendance de l'examineur, de sorte que son rapport doit se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence

ce d'autant plus que le recourant n'apporte aucun élément médical susceptible de le remettre en cause et que, par ailleurs, les conclusions de l'examineur ont largement été confirmées par l'exercice d'une activité professionnelle de l'assuré en qualité de conducteur de petits trains pour touristes. A cet égard, l'allégation du recourant selon laquelle il serait contraint de cesser toute activité dès l'automne, en raison de l'augmentation des douleurs ne repose sur aucun avis médical. Il s'avère simplement que cette activité est limitée du mois d'avril au mois d'octobre. L'expert a aussi écarté tout diagnostic psychiatrique et/ou trouble cognitif. S'agissant des médecins qui se sont prononcés sur l'état du recourant, il convient de constater que leurs rapports et déclarations ne sont pas susceptibles de remettre en cause les conclusions du Dr R\_\_\_\_\_, au contraire. Ils excluent tous l'existence d'un quelconque trouble cognitif ayant une influence sur la capacité de travail de l'assuré.

A/3443/2010 - 17/19 - Tant le Dr S\_\_\_\_\_, spécialiste en maladies rhumatismales que le Dr T\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré retiennent que celui-ci a une capacité de travail de 70%, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles. Le Dr P\_\_\_\_\_, gastro-entérologue, ne se prononce pas sur la capacité de travail, mais estime que la RCUH diagnostiquée est peut-être plutôt une maladie de Crohn, précisant que l'évolution de la maladie et son éventuelle implication sur la capacité future de travail ne peuvent pas être précisées actuellement. En cela, il réserve seulement une éventuelle aggravation sans influence sur la présente cause. Seule la Dr U\_\_\_\_\_, rhumatologue, affirme que la reprise d'une activité professionnelle ne semble pas envisageable, sans justifier sa position, en particulier sans expliquer pourquoi l'assuré aurait alors été capable de travailler, entre 30 et 40 heures par semaine, d'avril à fin août en 2008 et 2009. Au demeurant, le traitement proposé par le nouveau médecin traitant de l'assuré rejoint celui suggéré par l'expert, lequel peut soulager l'assuré sur les deux plans. Ainsi, le Dr R\_\_\_\_\_ a bien motivé sa position, il a tenu compte des poussées inflammatoires bisannuelles dans l'appréciation du cas. Dans ces conditions, il convient de se ranger à l'avis de l'expert en question, sans qu'il soit nécessaire de mettre sur pied une nouvelle expertise, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise. Il suit de ce qui précède que la Cour retiendra, conformément aux conclusions du rapport d'expertise, que le recourant dispose depuis plusieurs années d'une capacité de travail à 70% dans une activité adaptée. S'agissant du calcul du taux d'invalidité effectué par l'OAI, il ne prête pas flanc à la critique, dès lors que le revenu ressortant des ESS a été retenu à raison de 70%, avec l'abattement supplémentaire maximum de 25%, en raison des limitations fonctionnelles, de l'âge de l'assuré et des nombreuses années durant lesquelles il a perçu une rente entière d'invalidité. Le revenu sans invalidité est également correctement fixé sur la base du revenu de monteur-électricien selon l'ESS-TA7, de sorte qu'il en résulte un taux d'invalidité de 50,8%, ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité. A cet égard, il ne faut pas perdre de vue que l'assuré a travaillé, en 2008 et 2009, du mois d'avril au mois d'août, respectivement au mois de juillet, à raison de 30 à 40 heures par semaine, selon les fiches de salaire produites, réalisant un salaire mensuel brut allant de 3'400 fr. à 4'700 fr. selon les mois. En 2009, l'assuré était déjà âgé de 60 ans, de sorte que son âge n'a pas, en tant que tel, été un obstacle pour l'obtention de ce type d'emploi. Du point de vue médical, outre les périodes de poussées inflammatoires limitées dans le temps, rien n'indique que l'assuré ne pourrait pas, en sus de cet emploi de conducteur de petits trains, obtenir un autre emploi, durant quelques mois également, le cas échéant pour un revenu moindre, de sorte que sur une période de travail de 9 mois par année, il est en mesure de réaliser le salaire retenu au titre de revenu avec invalidité. Reporté à six mois de travail, le revenu réalisé de mai à août 2008 (16'776

fr.) représente un

A/3443/2010 - 18/19 - salaire de 25'164 fr. Un autre emploi, rémunéré par hypothèse à 2'500 fr. seulement par mois, durant trois mois permet un salaire de 7'500 fr., soit annuellement un revenu de 32'664 fr.

#### **E. 9**

Ainsi, les diagnostics n'étant ni contestés, ni contestables, lesquels permettent de retenir une capacité de travail de 70%, cela suffit à établir qu'il y a une modification notable de la capacité de travail de l'assuré qui justifie une révision sur la base de l'art 17 LPGa. Au demeurant, la reprise d'une activité lucrative par l'assuré sur une relativement longue période démontre la modification notable et durable de sa capacité de gain, depuis 2002 en tout cas, au vu des revenus réalisés sur quelques mois en 2002 et 2003, ainsi qu'en 2008 et 2009. S'agissant de la prise d'effet de la diminution de la rente, elle rétroagit à la date où elle a cessé de correspondre au droit de l'assuré, conformément à l'art. 88 bis al. 2 let b RAI, lorsque l'assuré a manqué à son obligation de renseigner, selon l'art. 77 RAI. En l'espèce, s'il est exact que l'assuré a interpellé l'OAI en 1998 pour connaître les conditions à remplir pour pouvoir travailler partiellement et qu'il est demeuré sans réponse de cette administration, il n'en demeure pas moins qu'il devait informer l'OAI des revenus réalisés en 2000, 2002 et 2003. Compte tenu de ce qui précède, en fixant la date de la diminution de la rente au 1er janvier 2008, la décision de l'OAI n'est pas critiquable. En dernier lieu, dans la mesure où la décision de rente initiale n'était pas manifestement erronée, étant rappelé qu'une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque mais qui était, en soi, soutenable, notamment du fait du diagnostic psychiatrique retenu, ne permet pas de procéder à une reconsidération, c'est donc bien sous l'angle de la révision fondé sur l'art. 17 LPGa que la réduction de la rente se justifie.

#### **E. 10**

Ainsi, le recours est rejeté. La procédure n'est pas gratuite en matière de contestation des prestations de l'assurance-invalidité, aux termes de l'art. 69 al. 1bis LAI. Partant, le recourant sera condamné à un émolument de justice de 200 fr.

A/3443/2010 - 19/19 - 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.