

# **GE\_GERICHTE A/3443/2010 vom 31. Mai 2011**

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

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3443\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3443_2010)

FR: GE\_GERICHTE A/3443/2010 du 31 mai 2011

IT: GE\_GERICHTE A/3443/2010 del 31 maggio 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Le médecin suit l'assuré depuis le 29 décembre 1994, uniquement sur le plan digestif.

### **E. 2**

Diagnostic : maladie de Bechterew, à noter que le diagnostic posé en 1994 de rectocolite ulcéro-hémorragique vient d'être remis en question par la mise en évidence d'une inflammation de l'ileon terminal évoquant plutôt une maladie de Crohn, l'évolution de la maladie et son éventuelle implication sur la capacité de travail future ne peuvent être précisées actuellement. 3./4./5. Le médecin ne peut pas répondre à ces questions.

### **E. 6**

En vertu de l'art. 53 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (al. 1<sup>er</sup>). 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 (al. 2). 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). Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était manifestement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision prise par l'administration (ATF 125 V 368 consid. 2 et les arrêts cités ; voir aussi ATF 112 V 371 consid. 2c). Lorsque le juge procède par substitution de motifs, cela implique qu'il procède à un double examen. En premier lieu, il doit se prononcer sur le caractère manifestement erroné de la décision initiale. S'il répond affirmativement à cette question, il doit alors examiner la situation existant au moment où la décision de révision de l'administration a été rendue, de façon à pouvoir rétablir une situation conforme au droit (ATFA non publié du 17 août 2005, I 545/02, consid. 1.2). 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 manifestation 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). En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 399 consid. 2b/bb et les références citées). Conformément à ce qui vient d'être dit, cette règle doit toutefois être relativisée quand le motif de reconsidération réside dans les conditions matérielles du droit à la prestation, dont la fixation nécessite certaines démarches et éléments d'appréciation (évaluations, appréciations de preuves, questions en rapport avec ce qui peut être raisonnablement exigé de l'assuré). Si, par rapport à la situation de fait et de droit existant au moment de la décision entrée en force d'octroi de la prestation (ATF 125 V 383 consid. 3 et les références citées), le prononcé sur les conditions du droit apparaît soutenable, on ne saurait dans ce cas admettre le caractère sans nul doute erroné de la décision (ATF non publié du 2 juillet 2007, 9C\_215/2007, consid. 3.2). S'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). De même, un changement de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c, 115 V 308 consid. 4a/cc). 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). 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). 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). 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. 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 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. 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 1<sup>er</sup> 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. 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 émoulement de justice de 200 fr. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette Met un émoulement de 200 fr. à la charge du recourant. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Florence SCHMUTZ La présidente Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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