

# **GE\_GERICHTE A/4154/2008 vom 26. November 2009**

GE Cour de justice, 2009-11-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4154\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4154_2008)

FR: GE\_GERICHTE A/4154/2008 du 26 novembre 2009

IT: GE\_GERICHTE A/4154/2008 del 26 novembre 2009

## **Erwägungen**

### **E. 1**

L'objet du recours ressortit à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI), si bien que le Tribunal de céans est matériellement compétent pour statuer en l'espèce (art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire).

### **E. 2**

Interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente et dans les formes prescrites, par un assuré directement touché dans ses intérêts juridiquement protégés par la décision querellée, le présent recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 : LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003).

### **E. 3**

Selon l'art. 17 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 (al. 1). Toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2).

#### **E. 3.1**

L'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201) prévoit que, si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'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. Selon l'art. 88a al. 2 RAI, 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.

#### **E. 3.2**

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

#### **E. 4.1**

Pour examiner si dans un cas de révision il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée.

#### **E. 4.2**

La dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constitue le point de départ pour examiner si le degré de l'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 114 consid. 5.4, 125 V 369 consid. 2, 112 V 372 consid. 2). En l'espèce, les status fondant, d'une part, la décision de l'OAI du 11 octobre 2007, respectivement le projet de décision du 12 mars 2007 (consécutif au rapport d'expertise du Dr C \_\_\_\_\_ du 7 novembre 2006 et à l'avis du SMR du 27 décembre 2006), et, d'autre part, le status de l'assuré ayant fondé la décision du 17 octobre 2008 dont est recours (basée sur le rapport d'expertise du Dr C \_\_\_\_\_ du 7 janvier 2008, les avis du SMR des 21 février et 3 septembre 2008, ainsi que le certificat médical du Dr F \_\_\_\_\_ du 29 février 2008) sont déterminants pour la discussion du cas.

#### **E. 5.1**

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 , consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. 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).

#### **E. 5.2**

Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c).

#### **E. 6.1**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a).

#### **E. 6.2**

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

certaines 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; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_859/2007 du 16 décembre 2008 consid. 5). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht Rechtsprechung [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

### **E. 7.1**

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

### **E. 7.2**

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; 118 V 290 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, 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/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées).

### **E. 8**

Préalablement, on relèvera que le recourant ne saurait tirer aucun argument en sa faveur de l'attestation du Dr H\_\_\_\_\_ du 23 octobre 2008, dans la mesure où ce document a été établi postérieurement à la décision litigieuse du 17 octobre 2008, sinon du projet de décision du 11 juillet 2008 (ATF 131 V 242 ). Au demeurant, ce praticien (qui n'est d'ailleurs pas psychiatre, mais généraliste) ne se prononce en particulier pas sur la capacité de travail résiduelle de son patient. En outre, il faut tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin-traitant peut être 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 352 consid. 3a), ce qui relativise d'autant la valeur probante de ladite attestation. Enfin, et en tout état, les éléments dépressifs diagnostiqués dans ce document constituent une atteinte, en principe, surmontable par un effort de volonté raisonnable exigible de l'assuré (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.1 p. 353 et les références ; voir aussi arrêt du Tribunal fédéral I 649/06 du

13 mars 2007 consid. 3.3.1, in SVR 2008 IV n° 8 p. 23). Sous cet angle, il s'avère dès lors superflu d'ordonner l'audition du Dr H \_\_\_\_\_, comme le requiert le recourant (appréciation anticipée des preuves : ATF du 12 mai 2004, K 134/03, consid. 4.3 ; ATF 124 V 94 consid. 4b).

## **E. 9**

Dans sa décision du 11 octobre 2007, respectivement le projet de décision du 12 mars précédent, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière, à compter du 2 janvier 2004, tout en précisant que le droit à la rente serait revu le 31 décembre 2007. Cette décision est fondée sur le rapport d'expertise du Dr C \_\_\_\_\_ du 7 novembre 2006 (tant dans sa version destinée à GENERALI que celle destinée à l'OAI), ainsi que sur l'avis du SMR du 27 décembre 2006, se ralliant aux conclusions de cet expert. Il ressort en particulier dudit rapport qu'il était impossible pour l'assuré d'envisager une reprise du travail quelconque avant trois à quatre mois. La reprise du travail ne serait que partielle et l'occupation devrait s'effectuer en position assise. Un traitement chirurgical de l'articulation de Chopart ne devrait pas être envisagé avant que les arthrodèses soient définitivement stabilisées, ce qui n'interviendrait pas avant 4 à 6 mois. En conclusion, le cas devrait être réévalué dans environ 6 mois. Les prévisions de reprise du travail, mentionnées dans son précédent rapport d'expertise du 7 juillet 2005 (taux de 75% dans une activité sédentaire, dès la consolidation de la pseudoarthrose sous-astragalienne) devaient être ainsi revues à la baisse (rapport destiné à GENERALI du 7 novembre 2006, p.7). Le 20 février 2008, l'OAI a initié une révision du droit à la rente. Le 17 octobre 2008, cet office a décidé de remplacer la rente entière par une demi-rente (à compter du 1er décembre 2008), estimant que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré. A cet égard, l'administration s'est en particulier fondée sur le rapport d'expertise du Dr C \_\_\_\_\_ du 7 janvier 2008, les avis du SMR des 21 février et 3 septembre 2008 (se ralliant aux conclusions de l'expert), ainsi que sur le certificat médical du Dr F \_\_\_\_\_ du 29 février 2008. Pour le Dr C \_\_\_\_\_, la situation médicale était stabilisée et la capacité de travail était de 50 %. Cette appréciation est conforme aux conclusions de sa précédente expertise du 7 novembre 2006, selon lesquelles une stabilisation de l'arthrodèse, qui était en très bonne voie de consolidation, interviendrait dans un délai de 4 à 6 mois, et permettrait une reprise du travail à 50% dans une activité sédentaire, soit dès le 1 er juillet 2007. Dans cette estimation, l'expert a en outre pris en compte la symptomatologie douloureuse liée à l'arthrose du médio-tarse, ainsi que les lombalgies, qualifiées de « tenaces » par l'expertisé. Ces conclusions de l'expert sont même partagées par le propre chirurgien orthopédiste traitant, puisque, dans son certificat du 29 février 2008, le Dr F \_\_\_\_\_ a attesté que les douleurs avaient disparu (après excision du névrome cicatriciel le 16 mai 2006 et la cure de pseudarthrose sous astraglie droite) et que, dans position assise prolongée, une activité de l'ordre de 50% pouvait être envisagée.

### **E. 9.1**

En l'occurrence, le Tribunal de céans n'a pas de motifs de s'écarter des conclusions de l'expertise du Dr C \_\_\_\_\_ du 8 janvier 2008, laquelle revêt par ailleurs pleine valeur probante, et dont les conclusions sont partagées tant par le Dr F \_\_\_\_\_ que par le SMR. Le recourant n'a d'ailleurs avancé aucun argument de nature à les remettre en cause. En particulier, le dossier ne contient pas d'élément médical permettant d'attester que l'assuré ne pourrait pas exercer un travail sédentaire, même à 50%. On ajoutera encore que, contrairement à que le recourant affirme, le rapport d'expertise précité n'atteste nullement

qu'il ne pourrait travailler « de manière prolongée assis de manière immobile » (mémoire recours, p. 7). Il ne s'agit d'ailleurs pas d'exiger de l'assuré qu'il exerce une telle activité, dès lors que la position assise n'implique pas de rester absolument immobile sur son poste de travail. A cet égard, le recourant soutient que l'exercice d'une activité de remplacement dans une activité industrielle légère, telle des travaux sériels à l'établi ou des opérations sur machine en position assise – travaux préconisés dans le rapport CAM du 15 octobre 2004, supra, § 20 - serait irréaliste au vu de ses lombalgies (cf. réplique du 24 octobre 2008). Indépendamment du fait qu'il ne s'agit pas en l'occurrence d'exercer une activité de remplacement à 100%, mais seulement à 50%, pour tenir compte, précisément, desdites douleurs, il faut rappeler qu'un grand nombre d'activités dans l'industrie légère permettent de maintenir une situation de travail sédentaire tout en changeant fréquemment de position (comp. arrêt du TAF du 8 juin 2009, C-5563/2007, consid. 10.1).

### **E. 9.2**

Au vu des éléments qui précèdent, il faut considérer que, conformément à l'expertise du 8 janvier 2008, l'état de santé du recourant s'est amélioré de manière significative selon l'art. 17 LPGA. D'autre part, pareille modification peut être considérée comme durable au sens de l'art. 88 al. 1 RAI, vu qu'aucun fait médical étayé mettant en évidence une aggravation relevant de l'état de santé du recourant n'a été avancé, et encore moins démontré, jusqu'au 17 octobre 2008, date de la décision entreprise. On peut donc admettre qu'à cette dernière date au plus tard (si ce n'est dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, selon l'avis du SMR du 21 février 2008), l'intéressé a retrouvé une capacité de travail de 50% – dans une activité adaptée.

### **E. 9.3**

Enfin, en relation avec le pronostic réservé du Dr C \_\_\_\_\_ quant à une reprise prochaine du travail, même à un taux partiel, compte tenu de la longue période d'incapacité de travail du recourant (rapport d'expertise du 7 novembre 2006), on rappellera que, selon un principe général valable en assurances sociales, tout invalide qui demande des prestations de l'assurance-invalidité doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 avec les références). Le fait que le recourant ne mette pas en valeur sa capacité résiduelle de travail pour des raisons étrangères à l'invalidité ne relève pas de l'assurance-invalidité, car il s'agit là de facteurs qui ne sont pas liés à l'invalidité et que l'assurance-invalidité n'est pas tenue de prendre en charge (RCC 1991 p. 329 consid. 3c). Dans ce contexte, la formation professionnelle, les aptitudes physiques et mentales de l'assuré, ainsi que son âge, ne sont pas des facteurs supplémentaires propres à influencer l'étendue de l'invalidité (RCC 1982 p. 34 consid. 2c).

### **E. 9.4**

La perte de gain subie par l'assuré du fait de son invalidité (53%) n'ayant pas été contestée, en tant que telle, il n'y a pas lieu d'y revenir. Au demeurant, ni la comparaison des revenus à laquelle l'OAI a procédé en l'occurrence, ni l'abattement statistique appliqué (15%) ne sont critiquables. Ce taux tient en effet compte de l'ensemble des facteurs déterminants dans le cas d'espèce, soit en particulier l'absence de formation et les effets des atteintes dont souffre l'intéressé. On ne saurait suivre le recourant lorsqu'il réclame un abattement de 25%. Une telle déduction constitue le maximum autorisé par la jurisprudence et serait manifestement excessive dans le cas d'espèce, notamment eu égard à l'âge de l'assuré et à son statut administratif, qui ne remplit au demeurant pas tous les critères permettant l'octroi

de l'abattement maximal (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Au reste, le fait qu'il s'exprime difficilement en français constitue un élément non médical, dont l'assurance-invalidité n'a pas à répondre (ATFA du 12 juillet 2004, I 535/03, consid. 5.1 ; ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3).

### **E. 9.5**

Il s'ensuit que la décision portant réduction de la rente, conformément à l'art. 17 LPGA, ne souffre ainsi d'aucune critique.

### **E. 10**

Le recourant a également fait grief à l'OAI de ne pas avoir ordonné des mesures d'ordre professionnel, lesquelles auraient pu déterminer concrètement les activités qui seraient adaptées à son état de santé, pour autant qu'une telle activité existât. 10.1 Pour déterminer si une mesure de réadaptation est de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer la capacité de gain de l'assuré (art. 8 al. 1 LAI), il convient en particulier d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 p. 221). Des mesures d'ordre professionnel ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt I 95/07 du 15 février 2008, consid. 4.3).

### **E. 10.2**

En l'espèce, l'assuré a déjà bénéficié de telles mesures, à deux reprises. D'une part, l'assuré a suivi un stage de réadaptation professionnelle au CIP (OSER), du 23 août au 21 novembre 2004, stage prématurément interrompu le 18 octobre 2004 en raison d'une aggravation des douleurs séquellaires de l'arthrodèse tibio-tarsienne. D'autre part, il a suivi un second stage au CIP (APAIL), du 29 mars au 26 juin 2005. Cette mesure a également été interrompue, dès le 6 avril 2005, l'assuré se trouvant totalement empêché de travailler. Selon le rapport CAM du 15 octobre 2004, ce dernier disposait d'une capacité de travail dans des activités légères, à plein temps, avec un rendement proche de la normale, dans des activités sérielles simples, et uniquement en position assise. Dans un rapport final du 7 décembre 2004, le CIP a conclu à la possibilité de reclasser l'assuré dans le circuit économique normal. Cette possibilité restait toutefois théorique, dans la mesure où l'intéressé avait dû interrompre son stage pour des raisons médicales et où il n'était par ailleurs visiblement pas prêt, pour des raisons ne relevant pas forcément de l'invalidité, à s'investir dans une démarche de réadaptation. Dans leur rapport final du 18 mai 2005, les maîtres de réadaptation ont retenu que l'assuré était apte à effectuer des travaux sériels à l'établi ou à travailler comme opérateur sur machine en position assise, à plein temps, sans baisse de rendement. Ils ont encore estimé que les chances de succès d'un reclassement étaient faibles, car l'assuré n'acceptait pas son handicap et souffrait trop de la cheville. Dans ces conditions, il faut admettre que non seulement les deux stages effectués au CIP ont déjà permis de retenir quelles activités concrètes étaient à la portée de l'assuré (travaux sériels à l'établi ou d'opérateur sur machine en position assise), mais encore que toute nouvelle mesure d'ordre professionnel serait vouée à l'échec. Cette conclusion s'impose d'autant plus que, dans son recours, l'assuré a lui-même déclaré être toujours totalement incapable de travailler, concluant principalement au maintien d'une rente entière, sur la base d'un taux d'invalidité de 100%, faisant même valoir que la situation médicale s'était aggravée en raison d'un état dépressif résultant de sa symptomatologie douloureuse.

### **E. 11**

Partant, le recours doit être rejeté.

**E. 12**

Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, un émolument de Fr. 200.- est mis à la charge du recourant, qui succombe.

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