

## **GE\_GERICHTE A/4228/2007 vom 7. September 2010**

GE Cour de justice, 2010-09-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4228\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4228_2007)

FR: GE\_GERICHTE A/4228/2007 du 7 septembre 2010

IT: GE\_GERICHTE A/4228/2007 del 7 settembre 2010

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 07.09.2010  
A/4228/2007

A/4228/2007 ATAS/913/2010 du 07.09.2010 ( AI ) , PARTIELMNT ADMIS Recours TF déposé le 27.10.2010, rendu le 16.11.2011, PARTIELMNT ADMIS, 9C\_869/2010 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE  
A/4228/2007 ATAS/913/2010 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 8 du 7 septembre 2010 En la cause Monsieur T\_\_\_\_\_, domicilié à Hermance, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Pierre GARBADE recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Monsieur T\_\_\_\_\_, (ci-après : le recourant), né en 1960, a été victime d'un accident de la circulation le 15 octobre 1988. Cet accident a provoqué une fracture ouverte de la cheville, laquelle a occasionné une incapacité de travail complète dès le 17 octobre 1988. Par décision du 1 er décembre 1989 du Président de la Commission AI pour le personnel fédéral à Berne, le recourant a obtenu une rente fondée sur un taux d'invalidité de 100%, dès le 1 er octobre 1989. Dans le cadre de diverses décisions sur révision, cette rente a été maintenue jusqu'au 30 juin 1991, puis réduite selon un taux d'invalidité de 50%, dès le 1 er juillet 1991, le recourant ayant repris son travail à 50% au mois de juin 1991. Les prestations ont pris fin, semble-t-il, en juillet 1992. Le recourant déposa auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) une demande de prestations le 12 avril 2001. Il indiquait avoir eu un nouvel accident de la circulation ayant provoqué des lésions du poignet droit en 1997, de sorte qu'il n'arrivait plus à exercer son activité de mécanicien-électronicien à plein temps et demandait une demi-rente, ainsi qu'une orientation professionnelle. Par décision du 4 juin 2003, le recourant a été mis au bénéfice d'une demi-rente AI fondée sur un taux d'invalidité de 50% du 7 avril 2001 au 31 octobre 2001, puis d'une rente AI complète fondée sur un taux d'invalidité de 70% dès le 1 er novembre 2001. Cette décision intervenait selon l'avis médical du Service médical régional AI (ci-après : SMR) du 6 janvier 2003 en raison d'un trouble dépressif justifiant une incapacité de travail de 70% dans une activité adaptée. Du point de vue somatique, il fallait se baser sur l'appréciation de l'assureur-accident, à savoir une pleine capacité dans une activité adaptée. L'avis du SMR du 6 janvier 2003 faisait suite au rapport d'expertise du 19 novembre 2002 du Dr A\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH. Selon cet expert, les diagnostics retenus étaient principalement les suivants : trouble dépressif majeur, récurrent, en rémission partielle, actuellement état dépressif mineur (F 32.4) ; trouble panique avec agoraphobie (F 40.1) ; trouble de la personnalité non spécifié (F 60.9) et traits de personnalité abandonnique et paranoïaque (F 60.31). S'agissant de la capacité de travail, l'expert indiquait : « Dans la mesure où l'assuré bénéficie d'un encadrement psychologique adapté, l'exigibilité actuelle, sur le plan

psychiatrique est de 70% au moins dans une activité telle que maquettiste ou dans l'informatique, activité adaptée sur le plan somatique, comme recommandé par le médecin traitant et le Dr B\_\_\_\_\_. A terme, une activité indépendante serait plus indiquée pour cet assuré qu'une activité salariée. » Il ressort d'un examen médical final du médecin d'arrondissement de l'assureur-accident, le Dr C\_\_\_\_\_, du 24 janvier 2001 que le recourant ne devait pas exercer d'activité debout, ni faire de longues marches, porter des charges ou faire des mouvements extrêmes des chevilles. Il ne devait pas utiliser le membre supérieur droit en charge, ni faire des mouvements d'amplitudes extrêmes du même membre. Il était constaté une réduction de l'utilisation en force du poignet gauche. Les activités possibles étaient définies comme sédentaires, sans manipulation de charges. Dans de telles activités la capacité de travail pouvait être complète en temps, avec une diminution de rendement de 10%. Une procédure de révision fut ouverte le 31 août 2005 et les différents médecins du recourant furent interrogés. Le Dr D\_\_\_\_\_, se prononça uniquement s'agissant du membre supérieur droit et fit état de limitations fonctionnelles comparables à celles retenues dans le rapport d'examen par le SMR du 16 janvier 2006 mentionné infra. Le Dr E\_\_\_\_\_, médecin généraliste et gériatre FMH, indiqua le 24 octobre 2005 que l'état de santé du recourant était stationnaire et fit état de limitations fonctionnelles comparables au rapport d'examen par le SMR du 16 janvier 2006 mentionné infra. Il mentionnait de manière une limitation de la position assise à 4 h. par jour. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et le Dr E\_\_\_\_\_ ne se prononçait pas au sujet de la capacité de travail dans une activité adaptée. Selon l'avis du 26 octobre 2005 du Dr B\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique FMH, la capacité de travail était de 50%, soit 4 à 5 heures par jour dans une activité adaptée, sans charge, ni déplacement. Pour le surplus, les limitations fonctionnelles retenues étaient comparables à celles retenues dans le rapport d'examen par le SMR du 16 janvier 2006 mentionné infra. Dans une note interne du 29 novembre 2005, il fut constaté que, selon le Dr A\_\_\_\_\_, la capacité – et non l'incapacité – de travail était de 70%. Il fallait reconsidérer la décision concernant le recourant qui avait perçu indûment une rente entière dès le 1<sup>er</sup> novembre 2001. Le 16 décembre 2005, le Dr F\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique FMH, préconisa une arthroplastie totale de la cheville, en raison d'une arthrose tibio-tarsienne post-traumatique. Par décision du 23 décembre 2005, la rente du recourant fut réduite dès le 1<sup>er</sup> février 2006 à un quart de rente fondé sur un degré d'invalidité de 46%. L'OAI indiquait avoir constaté que la décision du 4 juin 2003 comportait une erreur manifeste. Le calcul du taux d'invalidité était fondé sur un salaire découlant de l'ESS 2002, dans une activité simple et répétitive, après adaptation pour tenir compte de la durée normale hebdomadaire de travail, et après indexation de 76'626 fr. Il était tenu compte d'un temps de travail exigible de 70 % et d'une réduction sur le salaire statistique de 10 %, soit un revenu avec invalidité de 48'275 fr. Ce montant était comparé à un revenu sans invalidité de 90'134 fr. Le 17 janvier 2006, le recourant forma opposition contre cette décision, opposition qu'il compléta le 13 mars 2006. Il faisait valoir que l'OAI n'avait pas tenu compte des derniers rapports médicaux le concernant et faisant état d'une aggravation. En outre, il n'avait pas été tenu compte de sa demande de mesure d'orientation professionnelle. Il relevait également être resté professionnellement inactif durant trois ans en raison de l'erreur commise, ce qui compliquait ses possibilités professionnelles. Enfin, le calcul de degré d'invalidité était contesté au profit d'un calcul permettant de parvenir à un degré d'invalidité de 70,15% Selon le rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique effectué au SMR le 16 janvier 2006 par le Dr G\_\_\_\_\_, médecine interne et rhumatologie FMH

et le Dr H \_\_\_\_\_, psychiatre FMH, la capacité de travail du recourant était nulle dans l'activité habituelle et de 70% dans une activité adaptée. Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants furent retenus : Troubles anxieux de type agoraphobie (F 40.0) ; douleurs et limitations fonctionnelles de la cheville droite ; douleurs et limitation fonctionnelles du poignet droit ; suspicion de récurrence d'un syndrome du tunnel carpien droit ; et syndrome rotulien bilatéral symptomatique à gauche. S'y ajoutaient les diagnostics suivants, mais sans répercussion sur la capacité de travail : personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F 60.30) ; privation de relation affective pendant l'enfance (Z 61.0) ; lombalgies chroniques intermittentes dans le cadre de troubles statiques du rachis ; et cervicalgies basses dans le cadre d'un status après traumatisme crânien simple il y a 1,5 mois. Les limitations fonctionnelles retenues du point de vue rhumatologique étaient les suivantes : pas de mouvement répétitif, de dépliement de force répétitif ou de lever de charges supérieures à 5 kg s'agissant du poignet droit ; pas de genuflexion répétée, pas de travail imposant de franchir régulièrement des escaliers, échelles ou escabeaux, pas de marche de plus de 5 minutes ou sur terrain irrégulier, pas de position debout prolongée, pas de lever de charges de plus de 8kg, s'agissant des membres inférieurs. Sur le plan psychiatrique, il était noté des difficultés de contact interpersonnel avec une mauvaise tolérance à la frustration. Il était indiqué que le recourant choisisse lui-même une activité adaptée. Il s'en suivait une diminution de rendement de 30 % sur le plan psychiatrique en raison de son mode de fonctionnement. Sur le plan rhumatologique, la capacité de travail était de 80 % dans une activité adaptée. Ce rapport fut communiqué au recourant qui fut invité à se déterminer avant qu'une décision ne soit rendue. Le recourant indiqua le 21 septembre 2006 que sa capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée, mais qu'il fallait tenir compte de ses années d'inactivité. Il subsistait une divergence sur le degré d'invalidité entre le SMR et le Dr E \_\_\_\_\_. Le calcul du degré d'invalidité restait contesté à plusieurs égards. Une aide au placement était requise. Le 26 juin 2006, le médecin d'arrondissement de l'assurance-accident, le Dr C \_\_\_\_\_ indiqua avoir constaté une aggravation du modelé arthrosique dans les séquelles de l'accident de 1988. S'agissant des poignets, en l'absence des radiographies pratiquées en 2005, mais selon les renseignements cliniques donnés par le Dr D \_\_\_\_\_, il n'y avait pas d'évidence d'une aggravation importante. Le 5 octobre 2007, l'OAI décida l'octroi d'une orientation professionnelle et d'un soutien dans les recherches d'emploi. Cette mesure fut toutefois suspendue le 29 juillet 2008 en raison d'une inaptitude subjective du recourant, l'OAI considérant que le recours formé contre la décision sur opposition du 5 octobre 2007 mentionnée infra démontrait une attitude en contradiction avec les objectifs de la mesure. Le même jour, l'OAI rendit une décision sur opposition rejetant l'opposition formée le 17 janvier 2006 et confirmant la décision du 23 décembre 2005. Il était exposé que l'examen du 16 janvier 2006 au SMR avait mis en évidence un état de santé dans l'ensemble superposable à celui évalué antérieurement à la décision erronée du 4 juin 2003. L'OAI était d'avis que malgré l'inactivité du recourant durant quelques années, une activité simple et répétitive sans formation particulière préalable dans le domaine de l'informatique était exigible. Une réduction de 10 % avait été appliquée au revenu avec invalidité pour tenir compte du taux d'activité partiel et du nombre d'années de services effectuées auprès du même employeur. Le taux d'activité de 70 % retenu par le SMR tenait déjà compte des limitations fonctionnelles. Le recourant contesta cette décision par acte adressé le 5 novembre 2007 au Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant à l'annulation de la décision du 23 décembre 2005 et de la décision sur opposition du 5 octobre 2007, ainsi

qu'au maintien du versement d'une rente entière, sous suite de frais et dépens. Il concluait subsidiairement à l'octroi d'une demi-rente du 1<sup>er</sup> février 2006 au 31 août 2007, puis dès une date à déterminer après convalescence de l'intervention chirurgicale du 26 septembre 2007, il concluait également à la mise sur pied d'une expertise permettant de déterminer la nature de l'activité raisonnablement exigible et la durée de travail exigible. Il ne contestait pas le revenu sans invalidité pour 2001 pris en compte par l'OAI dans son calcul du degré d'invalidité, ni le degré d'incapacité de travail de 30 % sur le plan psychiatrique. Toutefois, il considérait que sa capacité de travail sur le plan rhumatologique était de 4 heures par jour. La réduction de 10 % opérée par l'OAI devait être portée à 25% en raison de la perte de rendement et le salaire statistique correspondant à l'activité après invalidité était erroné. Un nouveau calcul effectué par le recourant aboutissait à un degré d'invalidité de 49,8 %.

L'arthroplastie préconisée par le Dr F \_\_\_\_\_ avait eu lieu le 26 septembre 2007 et avait entraîné une incapacité de travail d'au moins 6 mois. Après avoir recueilli l'avis du SMR, l'OAI déposa sa réponse au recours le 11 janvier 2008. S'agissant de la question de la reconsidération, l'OAI expliqua en quoi la décision du 4 juin 2003 était erronée. Sur la question de la révision, l'OAI se référa à l'examen bidisciplinaire effectué le 16 janvier 2006 au SMR. Selon l'avis du SMR du 11 décembre 2007, en l'absence d'éléments médicaux, il n'était pas possible de se déterminer sur une éventuelle aggravation. Une incapacité de travail totale dès le 26 septembre 2007 et pouvant se prolonger au-delà de l'hospitalisation devait être retenue. L'OAI concluait à la confirmation de sa décision et de sa décision sur opposition, s'agissant du « volet » reconsidération, et au renvoi du dossier pour complément d'instruction afin de permettre de statuer sur l'aggravation et la date de sa survenance, s'agissant du « volet » révision. Dans ses observations du 28 février 2008, le recourant s'opposa à l'instruction séparée des procédures en révision et en reconsidération. Il indiqua que l'OAI ne répondait pas aux griefs soulevés par lui et que dans la mesure où l'OAI estimait que le taux d'incapacité de travail n'était pas suffisamment établi au 1<sup>er</sup> février 2006, le recours devait être admis dans sa totalité. Subsidiairement, il y avait lieu d'instruire le recours au sujet du taux d'invalidité. Lors d'une audience de comparution des mandataires du 10 juillet 2008, les parties sollicitèrent la suspension de la procédure dans l'attente de la détermination médicale de l'OAI au sujet de la révision. L'instruction de la cause fut ainsi suspendue par ordonnance du 17 juillet 2008. Selon un bref certificat médical du Dr I \_\_\_\_\_ du 2 septembre 2008, la capacité de travail du recourant était de 50% dans un emploi adapté, ceci suite à l'intervention chirurgicale du mois de septembre 2007. Le 30 septembre 2008, le Dr B \_\_\_\_\_ signala une amélioration de l'état de santé du recourant, dès le mois de septembre 2008, suite à l'intervention du 26 septembre 2007. Interrogé au sujet de l'évolution de l'état anxio-dépressif chronique du recourant, le Dr E \_\_\_\_\_ indiqua le 30 janvier 2009 ne pas avoir été consulté depuis le mois de janvier 2008. Le recourant consultait un psychiatre, le Dr J \_\_\_\_\_.

Le recourant fut examiné le 5 février 2009 par le médecin d'arrondissement de l'assureur-accident, le Dr C \_\_\_\_\_ qui releva que l'intervention du mois de septembre 2007 avait amélioré la symptomatologie douloureuse et que tout avait déjà été dit dès 1992, s'agissant des troubles fonctionnels. Le 6 juillet 2009, le Dr J \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, posa les diagnostics suivants : trouble dépressif majeur, récurrent en rémission partielle, actuellement état dépressif moyen (F 33.1) et trouble de la personnalité non spécifique (F60.9) avec trait de la personnalité borderline. Il indiquait que le suivi psychiatrique et psychothérapeutique avait permis de diminuer l'intensité et l'impact des fluctuations thymiques et de l'irritabilité. Le recourant comprenait et gérait mieux ses comportements

impulsifs. Il avait vécu une période de stress intense durant l'année 2008 en raison de la séparation avec son épouse. Le Dr J \_\_\_\_\_ évalua l'incapacité de travail globale, y compris les aspects somatiques, à 50 % dès le 1<sup>er</sup> mai 2000. L'instruction de la cause fut reprise d'office par ordonnance du 20 juillet 2009. Lors d'une audience de comparution des mandataires du 3 septembre 2009, la représentante de l'OAI indiqua ne pas encore disposer de la détermination du SMR. Le conseil du recourant indiqua que par décision du 1<sup>er</sup> septembre 2009 l'assureur-accident avait reconnu une incapacité de travail de 50 % dès le 1<sup>er</sup> août 2001, décision dont copie était remise à l'audience et à laquelle il indiquait souscrire. Une copie d'une décision de la caisse LPP du 28 août 2009 fut également produite en audience. A l'issue de l'audience, un délai fut fixé aux parties pour la production de toute pièce utile, y compris la détermination du SMR. La décision de l'assureur-accident du 1<sup>er</sup> septembre 2009 mentionne que : « Sur la base des données médicales et économiques dont nous disposons, les séquelles accidentelles sont susceptibles d'entraîner une diminution de la capacité de travail et de gain de 50%. Nous allouons dès lors une rente d'invalidité conforme à ce taux. » Une indemnité pour atteinte à l'intégrité était également allouée, ceci sur la base d'un taux de 7,5%. Il ne ressort pas de cette décision qu'elle concrétise une transaction. La décision de la caisse LPP du 28 août 2009 se fonde sur un « degré AI 50% ». Dans le délai fixé par le Tribunal, le recourant produisit différentes pièces déjà mentionnées plus haut. L'OAI se référa quant à lui à un avis du SMR daté du 10 septembre 2009 et signé par le Dr K \_\_\_\_\_ concluant à l'absence de modification durable de la capacité de travail, hormis durant la période du 26 septembre 2007 au 27 juin 2008 liée à l'intervention chirurgicale. Il était relevé que les limitations fonctionnelles durables n'avaient pas changé depuis 2006. L'OAI indiquait que la décision de l'assurance-accident résultait d'une transaction avec le recourant qui ne saurait le lier. La décision sur opposition du 5 octobre 2007 et la décision du 23 décembre 2005 devaient ainsi être confirmées. Une audience de comparution personnelle des parties fut tenue le 26 novembre 2009. Le recourant indiqua qu'il était erroné de prétendre que la décision de l'assureur-accident du 1<sup>er</sup> septembre 2009 résultait d'un accord. La représentante de l'OAI maintint que ladite décision avait fait l'objet d'un accord, ce qu'un représentant de l'assureur-accident avait confirmé téléphoniquement. Les parties se mirent d'accord sur un droit à une rente complète pour la période du 1<sup>er</sup> décembre 2007 au 30 septembre 2008, en raison de l'incapacité de travail liée à l'intervention du 26 septembre 2007. Le recourant sollicita l'audition du Dr B \_\_\_\_\_, du Dr D \_\_\_\_\_ et du Dr I \_\_\_\_\_, ainsi que la mise sur pied d'une expertise rhumatologique et orthopédique. La représentante de l'OAI estima, quant à elle, que le dossier était suffisamment instruit médicalement. Par ordonnance du 4 janvier 2010, le Tribunal ordonna l'audition des Dr I \_\_\_\_\_ et J \_\_\_\_\_. Par courrier du 14 janvier 2010, le recourant transmis au Tribunal un courrier de l'assurance-accident du 17 décembre 2009 confirmant que le taux d'invalidité de 50% retenu ne faisait pas suite à une transaction ou des pourparlers, mais se fondait sur l'examen par le médecin-conseil il y a plusieurs années et se trouvait confirmé par la décision de la caisse LPP. Le Dr J \_\_\_\_\_ fut entendu le 11 février 2010. Il expliqua que des difficultés de concentration et de mémoire, ainsi que la fatigue liée à la fluctuation de l'humeur limitaient la capacité de travail. Au début de la prise en charge, soit en septembre 2005, l'incapacité s'élevait à 50% sous l'angle strictement psychiatrique. En juillet 2009 et encore actuellement l'incapacité strictement psychiatrique était de 35%. Durant une période de huit mois avant l'intervention du mois de septembre 2007, le recourant était extrêmement algique et anxieux. Suite à l'intervention, il avait recouvré son état antérieur.

Il allait même un peu mieux, en particulier sur le plan de la tristesse et de l'irritabilité. C'était suite à l'intervention que l'incapacité avait évolué de 50% à 35%. Il fut soumis le rapport du SMR du 16 janvier 2006 au Dr J \_\_\_\_\_, lequel indiqua ne diverger sur le plan diagnostic qu'au sujet de l'absence de mention des troubles de l'humeur qui étaient pourtant déjà mentionnés dans un précédent rapport de l'AI en 2002. Quant à l'incapacité de travail, il maintenait que celle-ci avait fluctué entre 35% et 50% et indiquait ainsi ne pas diverger de façon significative des 30% retenus par le SMR. Il y avait toutefois un décalage dans le rapport du SMR entre la quantification de l'intensité de la symptomatologie dépressive selon les échelles utilisées et les descriptifs symptomatologiques, donc les conclusions. Le Dr I \_\_\_\_\_ fut entendu le 11 mars 2010. Il expliqua que le recourant avait des séquelles importantes d'un traumatisme sévère. Les limitations étaient liées à l'apparition de douleurs dans le cours de la journée. Bien que les douleurs relèvent du ressenti du patient, elles avaient été objectivées par les radiographies. La capacité de travail de 50% dont il avait fait état dans son avis du 2 septembre 2008 devait s'entendre dans l'activité habituelle et non pas dans une activité adaptée. Il s'agissait d'une évaluation. Il ne pouvait pas se prononcer au sujet de la capacité de travail dans une activité adaptée sans connaître un poste de travail précis. Il estimait qu'une capacité qu'il ne pouvait quantifier subsistait dans un poste à prédominance assise et pour autant qu'il n'y ait pas lieu de se déplacer à tout moment. La quantification et la précision des limitations fonctionnelles étaient du ressort d'un médecin qui aurait connaissance du lieu de travail et des contraintes dudit travail. Le Dr I \_\_\_\_\_ ne pouvait se prononcer au sujet des limitations fonctionnelles retenues par le SMR dans le cadre du rapport du 16 janvier 2010. Ce rapport était antérieur à l'intervention du mois de septembre 2007 qui avait soulagé les douleurs du recourant dans une mesure qu'il ne pouvait quantifier. Les parties furent également entendues le 11 mars 2010. Le recourant expliqua qu'au moment du dépôt de sa demande il travaillait encore et avait demandé une mesure de réinsertion professionnelle pour pouvoir exercer une nouvelle activité. Il avait de la peine à accepter l'absence de réponse à ce sujet depuis 10 ans, ainsi que les conséquences des mauvaises décisions de l'AI. Aujourd'hui, sa capacité de travail partielle était théorique, car en pratique aucun patron ne l'engagerait compte tenu du fait que cela faisait longtemps qu'il ne travaillait plus et qu'il avait déjà 50 ans et était père au foyer. Lorsqu'il concluait subsidiairement à une expertise, il souhaitait obtenir une observation professionnelle telle que préconisée par le Dr I \_\_\_\_\_. A l'issue de l'audience, le Tribunal fixa des délais aux parties pour la production d'éventuelles pièces médicales et pour d'éventuelles observations. Dans le cadre d'un avis du 30 mars 2010, le Dr K \_\_\_\_\_ du SMR considéra que les indications du Dr J \_\_\_\_\_ relevaient d'une appréciation différente de celle du Dr A \_\_\_\_\_ du 19 novembre 2002 et non pas d'une aggravation ultérieure. Le témoignage du Dr I \_\_\_\_\_ ne montrait pas non plus d'aggravation. Les conclusions du 10 septembre 2009 quant à une capacité de travail de 70%, dès 2000, dans une activité adaptée, hormis pour la période de pleine incapacité du 26 septembre 2007 au 27 juin 2008. Par écriture du 11 mai 2010, l'OAI persista dans ses conclusions tendant au rejet du recours, constatant que les éléments recueillis n'étaient pas susceptibles de modifier son appréciation et renvoyant à l'avis du SMR du 30 mars 2010. Le même jour, le recourant sollicita qu'il soit ordonné la production de résultats d'une étude portant sur les douleurs et l'aptitude à la marche à laquelle il avait participé. La cause fut gardée à juger 29 mai 2010. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont 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. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux est régi par l'ancien droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, pour la période courant jusqu'à cette date, et par les nouvelles dispositions introduites par la LPGA, pour la période postérieure. La question ne revêt toutefois pas une grande importance car 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 (ATF 130 V 343 consid. 3). Les règles de procédure prévues par la LPGA s'appliquent 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). Adressé au Tribunal cantonal des assurances sociales par pli du 5 novembre 2007, le recours contre la décision de l'OAI du 5 octobre 2007 intervient en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Les autres conditions prévues par les art. 56 et ss LPGA étant réalisées, le recours est recevable. Le litige porte sur la révision et la reconsidération de la décision d'octroi d'une rente entière d'invalidité du 4 juin 2003. Spécifiquement se pose la question de l'éventuel caractère manifestement erroné de cette décision et d'une modification subséquente du taux d'invalidité. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. 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 être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de 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). 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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01). Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 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 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). 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 223 consid. 4.1, 128 V 174 ). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Il a été jugé que la réduction des salaires ressortant des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, 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 a, dans le cas concret, adopté 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 des assurances sociales ne peut, 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 p. 81; 123 V 150 consid. 2 p. 152 et les références). Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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. Ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2). En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant

totallement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Une appréciation divergente ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire même équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATFA non publié du 30 novembre 2004, I 50/04). 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1<sup>er</sup> 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 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 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 (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, 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 du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). Le point de savoir si un tel changement 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 régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). A cet égard, un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 129 V 200, consid. 1.2) Une décision de révision vaut également comme base de référence lorsqu'elle a modifié la rente en cours en fixant un nouveau degré d'invalidité (ATF 109 V 262 consid. 4a). A l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force 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 révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5). 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). 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 manifestement 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). En vertu du 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 que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. 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 enfin que 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 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Les médecins du SMR sont liés par un rapport de travail avec l'Office. Si ce fait n'enlève a priori aucunement la valeur probante de leur examen, il faut relever cependant qu'il ne s'agit pas de médecins indépendants, spécialistes reconnus, au sens de la jurisprudence susmentionnée, et donc que leur analyse ne vaut pas expertise ( ATAS/132/2007 du 16 janvier 2007). Quant au médecin 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 353 , consid. 3b/cc et les références). En l'espèce, il appert sans nul doute possible en procédant à une lecture parallèle de la décision du 4 juin 2003 et de l'avis du SMR du 6 janvier 2003, d'une part, et du rapport d'expertise du Dr A \_\_\_\_\_ du 19 novembre 2002, d'autre part, que le SMR et, à sa suite, l'OAI ont confondu « capacité de 70% » et « incapacité de 70% ». Il s'avère ainsi que la décision du 4 juin 2003 était manifestement erronée. Dès lors qu'il en découle de substantielles modifications du calcul du taux d'invalidité, la rectification de cette décision revêt sans nul doute une importance notable. Le maintien d'une décision fondée sur une telle erreur serait par ailleurs insoutenable. Il convient ainsi de fixer à nouveau le taux d'invalidité du recourant. Les parties divergent à ce sujet. L'OAI procède à un calcul du taux d'invalidité aboutissant à un résultat de 46,4% donnant droit à un quart de rente, alors que le recourant abouti à un taux d'invalidité de 70,75% donnant droit à une rente entière. Sur le plan médical, le Dr A \_\_\_\_\_, dans son expertise du 19 novembre 2002, retient du point de vue psychiatrique une capacité de travail d'au moins 70 % dans une activité adaptée sur le plan somatique, ceci en raison de différents troubles, et « dans la mesure où l'assuré bénéficie d'un encadrement psychologique adapté ». Cette capacité de travail a été confirmée par les Dr G \_\_\_\_\_ et H \_\_\_\_\_ dans leur rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique du 16 janvier 2006. Le recourant lui-même, dans son recours du 5 novembre 2007 (page 4, ch. 5) ne conteste pas le degré d'incapacité de travail de 30% sur le plan psychique, pour ne remettre en cause que le taux de capacité retenu sur le plan physique. Enfin, entendu en audience par le Tribunal le 11 février 2010, le Dr J \_\_\_\_\_, psychiatre traitant a fait état d'une incapacité de travail sous l'angle psychique de 35% suite à l'intervention du 26 septembre 2007 et ne pas diverger de façon significative des 30% retenus par le SMR. S'agissant de l'évolution de la capacité de travail, le Dr J \_\_\_\_\_ a fait état d'une incapacité de 50% en juillet 2005 au début de sa prise en charge, puis d'une aggravation huit mois avant l'intervention du 26 septembre 2007, puis d'une amélioration suite à ladite intervention, amélioration ayant permis de retrouver son état antérieur, avec même un mieux et ayant permis de réduire l'incapacité de 50% à 35%. Au vu de ce qui précède, le Tribunal estime que la capacité de travail était de 30 % à tout le moins dès la prise en charge (préconisée par le Dr A \_\_\_\_\_) par le Dr J \_\_\_\_\_, soit dès juillet 2005, ceci jusqu'à huit mois avant l'intervention du 26 septembre 2007, soit dès le mois de janvier 2007, puis de 50% de

février 2007 au 25 septembre 2007, de 100% du 26 septembre 2007 au mois de septembre 2008, et enfin à nouveau de 30% dès le mois d'octobre 2008. Cette appréciation est conforme à l'avis du Dr A \_\_\_\_\_ qui indiquait que la capacité de travail s'entendait « dans la mesure où l'assuré bénéficie d'un encadrement psychologique adapté ». De plus, l'examen au SMR du 16 janvier 2006 a eu lieu durant une période d'amélioration entre le début de l'encadrement psychologique et l'aggravation intervenue quelque mois avant l'intervention du 26 septembre 2007. Quant à la capacité physique, le point de vue du recourant ne saurait être suivi dès lors que le Dr I \_\_\_\_\_ a précisé lors de son audition du 11 mars 2010 par le Tribunal que le taux de capacité de travail de 50% qu'il avait retenu précédemment devait s'entendre dans l'activité habituelle et non pas dans une activité adaptée. Dans une telle activité, le Dr I \_\_\_\_\_ ne pouvait se prononcer. Toutefois, le Dr C \_\_\_\_\_ s'était déjà prononcé au sujet d'une pleine capacité dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 10%, dans son rapport du 24 janvier 2001. Or, rien n'indique que la situation se soit péjorée sur le plan physique. Au contraire, l'intervention du 26 septembre 2007 a soulagé les douleurs du recourant, selon le Dr I \_\_\_\_\_. L'assureur accident a par ailleurs rendu une décision au sujet de la rente d'invalidité LAA sur la base de l'examen du Dr C \_\_\_\_\_ (courrier de l'assurance accident du 17 décembre 2009), décision que le recourant n'a pas contestée. Il convient ainsi d'en rester aux capacités de travail retenues sur le plan psychique, sans qu'il soit nécessaire d'ordonner une expertise médicale ou de mettre sur pied une observation professionnelle, le dossier contenant suffisamment d'éléments. Il n'y a par ailleurs pas lieu d'ordonner l'apport des résultats de l'étude sur la douleur à laquelle le recourant a participé, puisque cette étude n'a pas pour objectif de déterminer la capacité de travail du recourant et que l'on ne saurait exclure que les observations faites se basent sur des éléments essentiellement subjectifs. Reste à examiner le calcul du taux d'invalidité. A ce sujet, le Tribunal fédéral admet la référence au groupe du tableau « A » de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), correspondant aux salaires bruts standardisés, pour déterminer le revenu qu'on peut raisonnablement exiger d'un invalide en dépit de son atteinte à la santé lorsqu'aucun revenu effectif n'est réalisé (cf. ATF 124 V 321 ). Il convient en outre de toujours se rapporter à la valeur médiane. L'ESS a pour objectif de fournir des informations ayant valeur représentative pour toute la Suisse (large éventail d'activités variées et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes ; cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2) ; elle englobe des données salariales provenant d'entreprises de toute taille dans les branches extérieures au secteur agricole, quelque soit le taux d'occupation, la position hiérarchique, l'exigence du poste ou le niveau de formation. Le Tribunal fédéral a rendu une décision de principe, selon laquelle il convient de ne pas prendre en considération les données salariales régionales telles qu'elles ressortent de la table TA13 de l'ESS lors de la détermination du revenu hypothétique d'invalide (GG 10111/05). Cette décision de principe vaut également pour les données issues des « salaires d'usage par branche dans 7 régions suisses » de l'USS (ATF non publié du 22 août 2006, I 424/05). S'y ajoute que le Tribunal fédéral a également concrétisé la méthode générale de comparaison des revenus prévue d'abord à l'art. 28 al. 2 LAI jusqu'au 31 décembre 2002, puis à l'art. 16 LPG. Dans la mesure où les salaires tirés de l'ESS sont en principe déterminés en fonction d'un horaire de 40 heures par semaine, il a estimé qu'il fallait les rapporter à la durée hebdomadaire de travail durant l'année considérée (cf. ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb p. 76 sv.). Le calcul du taux d'invalidité effectué par l'OAI n'est ainsi pas critiquable de ce point de vue. En revanche, le Tribunal considère que la réduction de 10 % opérée sur le salaire statistique

pour tenir compte de l'ensemble des circonstances n'est pas suffisante. Il ressort de la décision sur opposition du 5 octobre 2007 que ce taux ne tient compte que d'un taux d'activité partielle et du nombre d'années de service auprès du même employeur. L'OAI n'a ainsi pas tenu compte de toutes les circonstances. En particulier, l'on ne saurait faire totalement abstraction, comme le fait l'intimé du fait qu'en raison de sa décision erronée, le recourant s'est trouvé, de fait, hors du marché du travail pendant de nombreuses années. Une telle absence, en particulier dans le domaine adapté évoqué par l'OAI de l'informatique et à l'âge du recourant revêt une importance considérable. Le Tribunal considère qu'une réduction de 20%, proche du maximum, se justifie. Dès lors que l'intimé n'a pas tenu compte de toutes les circonstances, le Tribunal est habilité à corriger le calcul du taux d'invalidité sur ce point. Il découle des corrections opérées sur le calcul du taux d'invalidité opéré par l'OAI pour tenir compte du taux d'incapacité de travail retenu (cf. supra 10.b), de la réduction sur le salaire statistique (cf. supra 10.e), et de l'accord des parties sur la capacité de travail suite à l'intervention du 26 septembre 2007 (cf. fait n° 29) les taux d'invalidité suivants : A tout le moins du mois d'août 2005 au mois de janvier 2007 : 52,39 % (76'626 fr. x 70% = 53'638 fr.; 53'638 fr. - 20% = 42'910 fr., soit une perte de 47'224 fr. par rapport à un revenu sans invalidité de 90'134 fr., correspondant à un taux d'invalidité de 52,39%). Du mois de février 2007 au 25 septembre 2007 : 65,99 % (76'626 fr. x 50% = 38'313 fr.; 38'313 fr. - 20% = 30'650 fr., soit une perte de 59'483 fr. par rapport à un revenu sans invalidité de 90'134 fr., correspondant à un taux d'invalidité de 65,99%). Du 26 septembre 2007 au mois de septembre 2008 : 100,00 % (incapacité complète). Dès le mois d'octobre 2008 : 52,39 % (même calcul que supra). Pour la plus grande partie des périodes mentionnées ci-dessus, le taux d'invalidité retenu est conforme à la décision de l'assureur-accident du 1<sup>er</sup> septembre 2009, qui contrairement à ce que soutient l'OAI, n'intervient pas à la suite d'une transaction, ce que confirme le courrier dudit assureur du 17 décembre 2009. L'art. 88bis al. 2 let. a RAI stipule que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotence prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. Selon l'art. 88a 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. 1). 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. 29 bis est toutefois applicable par analogie (al. 2). Selon l'art. 29bis RAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 29, al. 1, LAI, celle qui a précédé le premier octroi. Ainsi et vu l'accord partiel intervenu entre les parties concernant la période du 1<sup>er</sup> décembre 2007 au 30 septembre 2008 (accord partiel que le Tribunal n'a pas de raison de ne pas homologuer, puisqu'il est conforme aux dispositions rappelées ci-dessus), le droit à la rente du recourant s'établit-il comme suit : Du 01.02.2006 au 30.04.2007: demi-rente Du 01.05.2007 au

30.11.2007 : trois-quarts de rente Du 01.12.2007 au 30.09.2008 : rente entière Dès le 01.10.2008 : demi-rente Le recours sera ainsi partiellement admis. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 2'500 fr. lui est octroyée, à titre de dépens. Un émolument de 500 fr. est mis à charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI) **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :** Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Dit que le droit à la rente du recourant est modifié dès le 1<sup>er</sup> février 2006, de sorte qu'il a droit à une demi-rente du 1<sup>er</sup> février 2006 au 30 avril 2007, puis à un trois-quarts de rente du 1<sup>er</sup> mai 2007 au 30 novembre 2007, puis à une rente entière du 1<sup>er</sup> décembre 2007 au 30 septembre 2008, et enfin à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> octobre 2008. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 2'500 fr. à titre de dépens. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé. 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 Irène PONCET Le président Thierry STICHER 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.