

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3871/2009

ATAS/105/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 1**

**du 2 février 2010**

En la cause

Monsieur P \_\_\_\_\_, domicilié c/o M. Q \_\_\_\_\_, à  
Chambésy

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK,  
Juges assesseurs**

---

## EN FAIT

1. Monsieur P\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né en 1959, ayant travaillé comme serveur depuis 1985 en Suisse, a été mis au bénéfice, par décision de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI) du 15 mars 1999, d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 1998, son degré d'invalidité ayant été fixé à 90%, en raison de lombalgies chroniques sur discopathie L3-L4 et spondylolise bilatérale L3-L5.

Un rapport COPAI avait été établi le 8 avril 1998, aux termes duquel il avait été conclu à son inaptitude à une réinsertion dans le circuit économique. Il avait été relevé que "les points d'appui fonctionnels ne lui permettent aucun maintien de position, des signes de douleurs ont été notés par les maîtres (chez un stagiaire qui n'était pas démonstratif), il y a un manque notable de résistance qui s'est aggravé durant le stage, le rendement maximum de 25% (50% sur un mi-temps) n'est pas améliorable. Malgré son bon niveau d'engagement et d'intérêt dans la recherche d'une activité adaptée, *l'assuré* - qui acceptait mal ses limitations - a dû se rendre compte qu'il ne pouvait plus répondre aux exigences du monde du travail normal. Etant donné le souhait de cet assuré d'être occupé et de conserver des contacts socio-professionnels, nous recommandons un emploi à mi-temps dans un atelier protégé."

2. Dans le cadre de la révision de son dossier en juillet 2000, l'assuré a déclaré que son état de santé s'était aggravé depuis décembre 1999.

Dans un rapport du 6 novembre 2000, son médecin traitant, le Docteur A\_\_\_\_\_, a confirmé que son patient restait incapable de travailler à 100%, et indiqué que l'état de santé était stationnaire.

La rente d'invalidité a en conséquence été maintenue.

3. Une seconde révision a été initiée en décembre 2004. L'assuré a à nouveau fait état d'une aggravation de son état de santé, précisant qu'il était dépressif. Le Dr A\_\_\_\_\_ a déclaré qu'il y avait péjoration de l'état psychique (problèmes conjugaux et insomnies) depuis environ une année. Il a ajouté qu'on ne pouvait envisager un retour au travail ultérieurement, que ce soit dans le même métier ou dans un autre, en raison de l'impotence fonctionnelle au niveau des membres supérieurs et inférieurs.
4. Rappelant que le médecin traitant avait jugé au moment de l'octroi de la rente d'invalidité qu'une activité adaptée était exigible, que l'assuré ne consultait le Dr A\_\_\_\_\_ que très rarement (mai 2004, puis janvier 2005), le Dr B\_\_\_\_\_ du Service Médical Régional AI (ci-après SMR) a proposé de soumettre l'assuré à

un examen bidisciplinaire au SMR afin de déterminer la capacité de travail et les limitations fonctionnelles, ainsi que d'investiguer sur le plan psychiatrique.

5. Une expertise a ainsi été réalisée par la Doctoresse C\_\_\_\_\_, rhumatologue, et par le Dr D\_\_\_\_\_, psychiatre, médecins du Centre d'expertise médicale (CEMed) le 17 avril 2007. Les médecins ont posé les diagnostics de lombosciatalgie gauche chronique, de lyse isthmique en L3 et L5, de spondylolisthésis L3-L4 de degré I avec instabilité. Ils ont confirmé que, sur le plan somatique, l'assuré ne pouvait plus travailler comme serveur, qu'en revanche il pouvait exercer une activité adaptée légère sans travaux lourds, sans ports de charges, sans position debout ou assise prolongée, plutôt assise, mais avec possibilité de changer souvent et régulièrement de position. Aucune limitation sur le plan psychique n'a par ailleurs été relevée. Ils ont ainsi fixé sa capacité de travail dans une activité adaptée à 80%, avec une diminution de rendement de 20% en raison de la nécessité de changer souvent de position.
6. L'OFFICE DE L'ASSURANCE INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après : OAI) a procédé le 12 février 2008 à la comparaison des revenus sur la base de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Il s'est fondé sur un revenu sans invalidité de 70'908 fr. et sur un revenu avec invalidité de 37'369 fr. compte tenu d'une capacité de travail de 80% et d'une diminution de rendement de 20%, ce qui donne un degré d'invalidité de 52,6%. L'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail dans différents secteurs d'activité, raison pour laquelle il a pris en considération les ESS 2004 TA1 dans une activité de niveau 4. Il a admis une réduction supplémentaire de 10%, vu les nombreuses limitations fonctionnelles retenues par les experts.

Il a toutefois été constaté par la gestionnaire du dossier qu'une diminution du taux d'invalidité telle que proposée dans le rapport de réadaptation du 12 février 2008 n'était pas défendable dans la mesure où l'état de santé avait été considéré comme stationnaire depuis le début de l'incapacité de travail attestée en 1997.

7. L'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision le 31 juillet 2009, aux termes duquel la rente entière qui lui était jusque-là versée était remplacée par une demi-rente.
8. Ce projet a été confirmé par décision du 12 octobre 2009.
9. L'assuré a interjeté recours le 26 octobre 2009 contre ladite décision.
10. Dans sa réponse du 12 novembre 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il rappelle que la décision d'octroi de la rente entière datée du 15 mars 1999 s'était exclusivement basée pour définir le degré d'invalidité de l'assuré sur un rapport d'observation de stage professionnel. Or, le Tribunal fédéral, à compter d'octobre 2003, a jugé que l'appréciation d'un COPAI ne saurait supplanter l'avis dûment

motivé d'un médecin à qui il appartient en premier chef de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelles mesures et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui. On ne saurait toutefois lui reprocher d'avoir mal usé de son pouvoir d'appréciation, cette jurisprudence ayant été rendue ultérieurement. L'OAI considère quoiqu'il en soit que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré puisque

"dans son rapport du 8 juillet 1997, la Dresse E\_\_\_\_\_ diagnostique au recourant un état anxio-dépressif. En 2000, le Dr A\_\_\_\_\_ rapporte un état dépressif aggravé (6 novembre 2000), puis en 2005 (rapport du 1<sup>er</sup> février 2005), ce même médecin mentionne une aggravation de l'état psychique.",

et se fonde pour le surplus sur l'expertise rhumato-psychiatrique du 17 avril 2007.

11. Le 26 novembre 2009, l'assuré a produit divers documents médicaux.
12. Invité à se déterminer, le SMR a constaté qu'il existait une aggravation somatique depuis avril 2007 dont il convenait de déterminer les répercussions sur la capacité résiduelle fonctionnelle par une expertise rhumatologique.

L'OAI a dès lors proposé que soit ordonnée une expertise rhumatologique judiciaire.

13. Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales, s'applique.
3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de l'OAI de remplacer la rente entière par une demi-rente.

5. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1<sup>er</sup> LPGA). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).
6. Selon l'art. 17 al. 1<sup>er</sup> 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).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publiés des 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1 et 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités).

Pour savoir si l'état de santé du recourant s'est modifié entre la décision d'octroi de la rente et celle de la suppression, il s'agit de comparer les faits essentiellement du point de vue médical, tels qu'ils étaient au moment des deux décisions respectives. 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). À 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 conforme 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, sur demande ou d'office (ATF 133 V 108 consid. 5).

7. Il y a dès lors lieu de comparer l'état de santé de l'assuré tel qu'il existait lors de la première révision initiée par l'OAI en juin 2000 et à l'issue de laquelle la rente entière a été maintenue et celui lors de son remplacement par une demi-rente le 12 octobre 2009.
8. 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). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

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).

Ce qui est déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, 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 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

9. En l'espèce, lors de la première révision en 2000, le médecin traitant avait indiqué que l'état de santé de son patient était stationnaire.

L'OAI avait en conséquence maintenu le droit de l'assuré à la rente entière.

10. Dans le cadre de la seconde révision de la rente, un mandat d'expertise a été confié aux Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_. Ceux-ci, dans leur rapport du 17 avril 2007, ont confirmé que la capacité de travail de l'assuré dans son activité antérieure de serveur était nulle, mais ont considéré qu'il pouvait travailler dans une activité adaptée à 80%, avec une diminution de rendement de 20%.

C'est sur la base de ces conclusions que l'OAI a réduit à une demi-rente le droit de l'assuré à des prestations AI.

11. Invité à se déterminer sur divers documents médicaux produits par l'assuré dans le cadre du recours, le médecin du SMR a toutefois admis qu'il y avait aggravation de l'état de santé somatique depuis avril 2007. Par courrier du 8 décembre 2009, l'OAI a ainsi proposé de soumettre l'assuré à une expertise rhumatologique judiciaire.
12. Le Tribunal de céans prend acte de ce que l'OAI admet que l'état de santé de l'assuré s'est aggravé. Il considère même qu'ordonner l'expertise préconisée est inutile, dans la mesure où les conditions de la révision ne sont pas réalisées. Force est en effet de constater que l'état de santé est resté stationnaire depuis la date à laquelle la décision initiale d'octroi de la rente a été rendue. Les conclusions du rapport d'expertise du 17 avril 2007 auxquelles se réfère l'OAI ne font qu'apporter une appréciation différente du même état de faits. Il apparaît en réalité que l'état de santé ne s'est pas amélioré, mais au contraire aggravé. Du reste, lorsque l'OAI tente de justifier la survenance d'une amélioration de l'état de santé, il se réfère à l'avis des médecins traitant selon lesquels l'état anxio-dépressif s'est aggravé.

13. Reste à examiner si l'OAI était en droit de reconsidérer sa décision du 29 juin 2000.
14. Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c p. 17, 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts 9C\_71/2008 du 14 mars 2008, consid. 2; U 5/07 du 9 janvier 2008, consid. 5.2; 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1).

Au regard de la sécurité juridique, une décision administrative entrée en force ne doit pouvoir être modifiée par le biais de la reconsidération que si elle se révèle manifestement erronée. Cette exigence évite que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre 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 paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (arrêt B. du 19 décembre 2002, I 222/02, consid. 3.2, et les références).

Dans un ATF non publié du 13 août 2003, en la cause I 790/01, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a jugé que l'office de l'assurance-invalidité, qui disposait d'avis médicaux contradictoires, avait pris une décision d'octroi de rente manifestement erronée. L'administration s'était contentée de statuer à la lumière de l'appréciation d'un des médecins, alors qu'il lui eut préalablement incombé

d'élucider la divergence entre les deux certificats médicaux en ordonnant une expertise médicale. Ainsi, le dossier avait été insuffisamment instruit et la décision découlant de cette instruction lacunaire apparaissait manifestement erronée.

Dans un ATF non publié du 4 juillet 2003, en la cause I 703/02, le TFA a estimé que l'office de l'assurance-invalidité, en présence d'un seul avis médical émanant du médecin traitant, avait certes procédé à une instruction lacunaire, mais sa décision, basée sur un rapport médical clair, n'apparaissait pas manifestement erronée. Le TFA a notamment relevé : « Comme le seul avis médical au dossier émane du médecin traitant de S., il aurait sans doute été opportun de soumettre le prénommé, au terme de son stage de réadaptation, à un examen médical circonstancié auprès d'un médecin indépendant. L'office de l'assurance-invalidité y a renoncé, sans que l'on puisse toutefois considérer que l'instruction menée était lacunaire à tel point qu'il n'ait pas satisfait à ses obligations légales en la matière (art. 57 LAI et 69 du règlement sur l'assurance-invalidité - RAI). Or, s'il apparaît ultérieurement, à la suite d'une nouvelle analyse de la situation, que l'appréciation médicale du cas à l'époque était critiquable, cela ne rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement erronée ».

15. En l'espèce, l'OAI fait allusion au fait que sa décision initiale d'octroi de la rente du 15 mars 1999 aurait été erronée, au motif qu'elle ne se fondait que sur le rapport du COPAI. Force est cependant de constater d'une part que la jurisprudence dont il fait état a été rendue ultérieurement, ainsi qu'il le souligne lui-même, soit en 2003. La décision du 15 mars 1999 ne peut dès lors être considérée comme erronée. Il convient de plus de relever que lors de la première révision du dossier, initiée en 2000, le médecin traitant a indiqué que l'état de santé était stationnaire. On ne saurait dès lors conclure dans ces conditions que la décision du 29 juin 2000 maintenant le droit de l'assuré à une rente entière était elle aussi manifestement erronée.
16. Aussi le recours doit-il être admis et la décision du 12 octobre 2009 réduisant le droit de l'assuré à une demi-rente d'invalidité annulée.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet et annule la décision du 12 octobre 2009.
3. Dit que l'assuré a droit au maintien de la rente entière d'invalidité.
4. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
5. 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

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris WANGELER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le