

# **GE\_GERICHTE ATAS/226/2009 vom 26. Februar 2009**

GE Cour de justice, 2009-02-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_226\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_226_2009)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/226/2009 du 26 février 2009

IT: GE\_GERICHTE ATAS/226/2009 del 26 febbraio 2009

## **Erwägungen**

### **E. 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) 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.

### **E. 2**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité, est applicable en l'espèce dès lors que l'amélioration de l'état de santé du recourant est postérieure à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). 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; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), sont régies par le même principe et sont applicables. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances et l'introduction de frais de justice lors de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI,

A/1143/2008 - 9/15 - lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA et art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit puisque le recours a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

### **E. 3**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision date du 20 février 2008 et les délais sont suspendus du 7e jour avant Pâques au 7e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 2 LPGA), soit du 16 au 30 mars 2008, de sorte que le recours du 4 avril 2008 a été formé en temps utile (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

### **E. 4**

Le litige porte exclusivement sur la question de savoir si la capacité de travail du recourant s'est modifiée de manière à influencer son droit à la rente, étant précisé que les revenus avec et sans invalidité ne sont pas contestés.

### **E. 5**

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa nouvelle teneur), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un 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. 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. 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; voir également ATF 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

A/1143/2008 - 10/15 - 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).

### **E. 6**

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit

litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). Ainsi, lorsque, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

A/1143/2008 - 11/15 - 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).

### **E. 6.1**

et les références citées). En l'espèce, les pièces médicales versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige, si bien que la mise en œuvre d'une expertise s'avère superflue par appréciation anticipée des preuves. En outre, une comparaison personnelle ne se justifie pas puisque le recourant a présenté un mémoire de recours et deux autres écritures de sorte qu'il a eu largement la possibilité de s'expliquer par écrit devant le Tribunal de céans. Au demeurant, en procédure administrative, l'art. 29 al. 2 Cst., pas plus que l'art. 4 al. 1 aCst., ne garantit le droit de s'exprimer oralement devant l'autorité appelée à statuer (ATF 125 I 219 consid. 9b et les références citées).

### **E. 7**

Le recourant ne conteste pas qu'une amélioration de son état de santé est survenue suite à sa greffe du foie, mais il allègue que les effets secondaires du traitement immunosuppresseur, ajoutés à sa grande fatigabilité, ont pour conséquence que son incapacité de travail est demeurée inchangée. Pour sa part, l'intimé considère que le recourant a retrouvé une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée, tenant compte de sa fatigabilité et de ses troubles aux pieds.

### **E. 8**

a) En l'espèce, il convient de comparer la situation du recourant telle qu'elle se présentait en automne 2003, lors de la fixation du taux d'invalidité à 100%, avec celle existant au moment de la décision du 20 février 2008. En 2003, selon le rapport du Dr L \_\_\_\_\_ du 23 mai

2003, l'état de santé du recourant s'était amélioré depuis trois mois sans changement dans les diagnostics. Le recourant présentait une cirrhose hépatique stabilisée avec un foie toujours augmenté de taille, une hypertension portale ainsi que la persistance de varices œsophagiennes calmes et d'un reste d'ascite. L'incapacité de travail était toujours de 100% dans l'activité de serveur et il n'y avait pas de capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée en raison de la fragilité du patient. Lors de la décision du 20 février 2008, le recourant présentait un status post transplantation du foie survenue le 31 juillet 2005 dont les suites opératoires n'ont pas été compliquées. Tant le Dr L\_\_\_\_\_ dans son rapport du 1er septembre 2006 que le Dr P\_\_\_\_\_ dans son rapport du 17 janvier 2007 ont fait état d'une amélioration de l'état de santé qui a été décrit comme désormais stationnaire, avec une fonction hépatique sans séquelles de la maladie hépatique. Le médecin traitant précisait que le suivi était effectué par les HUG. b) En revanche, il n'y pas d'unanimité entre les médecins quant à la capacité résiduelle de travail. Pour le Dr L\_\_\_\_\_, le patient sous immunosuppresseurs restait fragile et en sursis pour la tolérance du transplant de sorte qu'une reprise du travail n'était pas possible. Pour le Dr P\_\_\_\_\_, l'activité de sommelier n'était plus exigible ou seulement très partiellement, à raison de 40%, avec une diminution de rendement de 70%; en revanche, une autre activité n'impliquant pas de rester longtemps debout était exigible depuis 2007 à raison de quatre à cinq heures par jour, sans diminution de rendement. Dans un rapport du 22 mars 2007, le Dr P\_\_\_\_\_ a précisé que la fatigabilité - assez importante chez les greffés du foie - expliquait la limitation de la capacité de travail et le fait que l'assuré ne puisse rester longtemps debout.

A/1143/2008 - 12/15 - Dans un rapport du 12 octobre 2007, le Dr L\_\_\_\_\_ a prétendu que le Dr P\_\_\_\_\_ n'avait pas tenu compte des divers effets secondaires du médicament anti-rejet Prograf™ et qu'il fallait considérer son appréciation comme celle « furtive », d'un médecin qui ne voyait le patient que quelques minutes par mois. Le Dr L\_\_\_\_\_ a ajouté que le stress et les contrariétés liés à la recherche d'un emploi risquaient de mettre en péril l'état de santé de son patient. Dans un rapport du 3 décembre 2007, le Dr P\_\_\_\_\_ a pour sa part relevé qu'après une transplantation hépatique, la plupart des personnes peuvent reprendre leur activité professionnelle après trois mois tout en continuant à se soumettre à des contrôles médicaux réguliers et que les effets secondaires du traitement tendent à diminuer avec le temps. En définitive, deux médecins sur trois admettent une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée d'au moins 50%. Le seul médecin ayant émis une opinion divergente est le médecin traitant qui justifie sa position par les effets secondaires du traitement immunosuppresseur que le Dr P\_\_\_\_\_ n'aurait pas pris en compte, à savoir des tremblements, céphalées, insomnies, myasthénie, crampes musculaires, troubles gastro-intestinaux. Cependant, la description de ces effets secondaires rend peu plausible une incapacité de travail plus importante que celle admise par le Dr P\_\_\_\_\_. En effet, les tremblements, céphalées, crampes musculaires et troubles gastro-intestinaux ne sont pas susceptibles de justifier une incapacité de travail supplémentaire dans une activité adaptée exercée à 50%. Quant aux insomnies, elles se recoupent avec la fatigabilité dont il a déjà été tenu compte. On ajoutera qu'étant donné que le suivi médical est effectué par les HUG, il n'est pas vraisemblable que, dans son appréciation, le Dr P\_\_\_\_\_ n'ait pas tenu compte des effets secondaires du traitement immunosuppresseur, alors que ce sont les HUG qui ont initié ce traitement. Il serait d'ailleurs étonnant qu'un médecin généraliste qui n'est pas en charge du suivi médical de la greffe hépatique ait un avis plus circonstancié que le médecin spécialiste chargé du suivi. Quant au fait que le patient ne soit pas définitivement guéri, il est dénué de pertinence dans

la mesure où la capacité résiduelle de travail est sans rapport avec la guérison totale. Si le recourant était totalement guéri, la question de sa capacité résiduelle de travail ne se poserait pas car elle serait de 100%. Le Dr L\_\_\_\_\_ justifie par ailleurs son évaluation par le fait qu'il faut tenir compte des difficultés du recourant, dont il rappelle qu'il atteindra bientôt l'âge de 60 ans, à trouver un poste de travail à 25% alors même que sa rentabilité est nettement diminuée. Le Tribunal de céans ne saurait nier ces difficultés. Il convient cependant de rappeler que l'invalidité doit être évaluée en fonction d'un marché équilibré du travail, notion dans laquelle n'entrent pas en considération les éventuels effets négatifs de la conjoncture (ATF 110 V 276 consid. 4b, RCC 1991

A/1143/2008 - 13/15 - p. 332 consid. 3b; cf. ATF 130 V 346 consid. 3.2). En effet, l'assurance-invalidité n'a pas à répondre d'une diminution de la capacité de gain due essentiellement à d'autres facteurs qu'à une atteinte à la santé, tels que le manque de formation professionnelle, des difficultés d'ordre linguistique ou l'âge (facteurs étrangers à l'invalidité; cf. ATF 107 V 21 consid. 2c; VSI 1999 p. 247 consid. 1). En conséquence, force est de constater que le L\_\_\_\_\_ ne donne aucune explication probante quant à sa divergence d'appréciation avec les deux médecins précités, de sorte qu'il faut admettre que ses considérations sont empreintes de son point de vue de médecin traitant et ne tiennent pas compte de la mesure de ce qui est, le plus objectivement possible, raisonnablement exigible de l'assuré. c) Pour sa part, le recourant allègue que la décision litigieuse ne prend pas en considération toutes les atteintes à sa santé et plus particulièrement le fait qu'en plus de ses problèmes hépatiques, il rencontre des difficultés sur les plans auditif et visuel et souffre d'atteinte aux pieds qui lui rendent la marche difficile. Cependant, dans un rapport du 20 décembre 2007, le Dr L\_\_\_\_\_ a précisé que la presbytie corrigée par des lunettes, n'avait aucune incidence sur la capacité de travail. Quant aux talalgies chroniques, il a indiqué qu'elles entraînaient une limitation de la station debout prolongée et de la marche de durée moyenne, limitations déjà retenues par le Dr P\_\_\_\_\_ dans son rapport du 17 janvier 2007 (le Dr P\_\_\_\_\_ avait en effet précisé que le patient ne pouvait rester debout plus de une à deux heures par jour et que son périmètre de marche était limité à 500 mètres). Force est donc de constater que l'atteinte aux pieds n'entraînent pas de limitations fonctionnelles supplémentaires à celles déjà retenues. Quant aux troubles auditifs invoqués, il convient de relever que le recourant a obtenu de l'intimé, en septembre 2001, un appareillage consistant en deux appareils acoustiques dont le recourant se déclarait très satisfait dans son activité de serveur, affirmant ne rencontrer aucun problème avec les clients et ses collègues (cf. rapport d'appareillage du 15 septembre 2001). Une diminution supplémentaire de la capacité de travail en relation avec le trouble de l'audition apparaît donc peu plausible. Dans la mesure où aucun rapport médical ne conclut une incapacité de travail en relation avec les atteintes des pieds, de la vue et de l'audition, mais seulement une limitation tant du périmètre de marche que de la possibilités de rester longtemps en position debout, il n'apparaît pas plausible que sa capacité résiduelle de travail, évaluée à 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles doive encore être diminuée.

A/1143/2008 - 14/15 - Eu égard aux considérations qui précèdent, c'est par conséquent à juste titre que l'intimé a retenu une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée. Étant donné que le calcul du taux d'invalidité selon la méthode de la comparaison des revenus ne donne pas lieu à discussion et qu'il n'y a pas d'indices au dossier faisant douter de son exactitude, il convient de confirmer que le taux d'invalidité du recourant est de 60% et que, partant, c'est à bon droit que l'intimé a remplacé la rente entière d'invalidité

par un trois-quarts de rente dès le 1er avril 2008 en application de l'art. 88bis al. 2 let. a RAI.

#### **E. 9**

Le recourant requiert son audition et la mise en œuvre d'une expertise médicale. Selon la jurisprudence, le juge peut renoncer à un complément d'instruction, sans violer le droit d'être entendu de l'assuré découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies, par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c; ATFA non publié du 17 mars 2003, U 154/02, consid.

#### **E. 10**

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Étant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de 200 fr.

A/1143/2008 - 15/15 -

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