

# **GE\_GERICHTE ATAS/679/2011 vom 5. Juli 2011**

GE Cour de justice, 2011-07-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_679\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_679_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/679/2011 du 5 juillet 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/679/2011 del 5 luglio 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. En l'espèce, la décision litigieuse du 30 septembre 2010 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA et des modifications de la LAI relatives à la 4ème et à la 5ème révisions, entrées en vigueur respectivement les 1er janvier 2004 et 1er janvier 2008, de sorte que, d'un point de vue matériel, la suppression de la rente (dès le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision) doit être examinée au regard de ces dispositions, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329). Toutefois, l'examen des conditions d'octroi de la rente lors de la décision initiale de 2000 doivent être examinées à la lumière des dispositions en vigueur à l'époque.

### **E. 3**

La recevabilité du recours a déjà été admise par arrêt incident du 23 décembre 2010.

### **E. 4**

Le litige porte sur la suppression de la rente d'invalidité, singulièrement sur la question de savoir si les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA ou d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA sont réalisées.

### **E. 5**

Il s'agit donc, en premier lieu, d'examiner s'il y a un motif de révision comme le soutient l'intimé.

## E. 6

a) A teneur de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Il convient de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA 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). b) 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 dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision 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 nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108, consid. 5 ; ATF 130 V 343, consid. 3.5.2). c) 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). En revanche, 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 ATF 112 V 390, consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier : MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in : Schaffhauser/Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15).

## E. 7

a) En l'espèce, au mois de juin 1999, le Prof. L\_\_\_\_\_ relevait que l'état de santé du recourant s'améliorait et que les suites chirurgicales de la greffe étaient

A/3807/2010 - 16/26 - sans complication, hormis les douleurs inguinales apparues immédiatement après la greffe et déjà évoquées dans le rapport d'hospitalisation du 10 juin 1999, lequel relevait alors que le patient souffrait de douleurs en fosse iliaque gauche. Par ailleurs, le Dr N\_\_\_\_\_ a confirmé, lors de son audition par la Cour, que l'état de santé du recourant depuis la dernière greffe du mois de mai 1999, soit antérieurement à la décision initiale, ne s'est pas amélioré. Il découle de ce qui précède que les constatations médicales des Drs L\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ ne font état d'aucune amélioration de

l'état de santé du recourant postérieurement au prononcé de la décision du 11 février 2000, étant précisé que l'incapacité de travail attestée par les médecins-traitants ne se rapporte pas à la greffe elle-même mais bien plutôt aux suites de l'intervention qui ont causé au recourant une névralgie inguinale. Aussi, lors du prononcé de la décision du 11 février 2000, soit plus de 7 mois après l'intervention, l'intimé avait déjà connaissance des douleurs post-opératoires. Que le diagnostic de névralgie inguinale gauche ait été posé postérieurement à cette décision n'y change rien. Partant, si on compare la situation au moment du prononcé de la décision initiale et après, à la lumière des constatations des médecins-traitants, tous spécialisés en néphrologie, il n'y a pas eu de modification notable de l'état de santé. b) Il y a donc lieu d'examiner si le rapport d'examen du SMR du 10 octobre 2010 est probant malgré les avis contraires des spécialistes. A la lecture du rapport, on constate que le SMR n'explique ni comment ni pourquoi l'état de santé du recourant se serait amélioré depuis la décision initiale. Il procède bien plutôt à une nouvelle appréciation, en exposant que les douleurs ostéo-articulaires (alors qu'il s'agit surtout de névralgies inguinales) ne sont ni incapacitantes ni objectivables, se limitant ainsi à donner un nouvel avis sur la situation. De plus, les conclusions du rapport sont contradictoires. En effet, les médecins du SMR relèvent qu'après la seconde greffe, l'évolution est favorable et une reprise professionnelle théoriquement possible (p. 11 du rapport). Or, ils concluent à une capacité de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée, dès le 1er juin 2006 (postérieurement au début de la révision), date qui semble correspondre à la fin de l'épisode dépressif entre août 2005 et juin 2006. Ainsi, ils considèrent que l'assuré pouvait théoriquement travailler après la seconde greffe, mais retiennent que l'assuré a recouvré sa capacité seulement 7 ans après l'opération. En d'autres termes, ces médecins n'expliquent pas pourquoi la capacité de travail ne se serait pas déjà améliorée avant 2006, alors même qu'ils estiment que les suites de la greffe sont bonnes et qu'ils omettent de retenir comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail les névralgies inguinales.

A/3807/2010 - 17/26 - c) Par conséquent, il est manifeste que l'intimé a procédé à une nouvelle appréciation du cas, ce qui n'est pas autorisé par le biais d'une révision, l'expertise du SMR ne mettant par ailleurs pas en avant une amélioration de l'état de santé du recourant, ou même un changement important de la capacité de gain du recourant, depuis le prononcé de la décision initiale, et n'ayant de plus pas la valeur probante des avis des médecins ayant suivi l'assuré à ce sujet, spécialisés dans le domaine et qui donnent un avis éclairé et motivé. A l'instar de ce que fait valoir le recourant, il n'y avait donc pas matière à révision au sens de l'art. 17 LPGA.

## **E. 8**

Il convient encore d'examiner si l'intimé pouvait reconsidérer sa décision.

## **E. 9**

a) Depuis l'entrée en vigueur de la LPGA, la reconsidération d'une décision est prévue à l'article 53 al. 2 de cette loi : «l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passée en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable». À noter que l'introduction de la LPGA n'a rien changé à la jurisprudence rendue en matière de reconsidération sous l'ancien droit, le législateur n'ayant fait que codifier la pratique jurisprudentielle (ATFA non publié du 6 janvier 2006, I 551/04, consid. 4.2; voir notamment KIESER, ATSG-Kommentar, Zurich

2003, note 22 ad art. 53; FF 1991 II 258). 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). b) Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était manifestement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision prise par l'administration (ATF 125 V 368, consid. 2 et les arrêts cités ; voir aussi ATF 112 V 371, consid. 2c). Lorsque le juge procède par substitution de motifs, cela implique qu'il procède à un double examen. En premier lieu, il doit se prononcer sur le caractère manifestement erroné de la décision initiale. S'il répond affirmativement à cette question, il doit alors examiner la situation existant au moment où la décision de révision de l'administration a été rendue, de façon à pouvoir rétablir une situation conforme au droit (ATFA non publié du 17 août 2005, I 545/02, consid. 1.2). 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 la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479, consid. 1b/cc 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

A/3807/2010 - 18/26 - justifier une reconsidération (ATF 117 V 17, consid. 2c ; ATF 115 V 314, consid. 4a/cc). c) 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). 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).

#### **E. 10**

Dans sa teneur en vigueur en 2000, la LAI prévoyait que pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 aLAI). 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 qui ne peut pas, en principe, être ensuite arrondi (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 104 V 136, consid. 2a et 2b; cf. aussi ATF 114 V 313, consid. 3a et ATF 127

A/3807/2010 - 19/26 - V 129). Sont déterminants les rapports existant au moment du début du droit à la rente, ainsi que les modifications éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision qui ont des conséquences sur le droit à la rente (ATF 128 V 174).

#### **E. 11**

a) En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur les rapports du Dr L\_\_\_\_\_ du 17 avril 1998 (incapacité de 50 % dès le 29 janvier 1998) et du 14 juin 1999 (incapacité totale dès le 26 mai 1999) lors du prononcé de la décision initiale. Toutefois, il ne ressort pas du dossier que l'intimé ait, d'une part, examiné si une autre activité était exigible et, d'autre part, procédé à une comparaison des revenus. b) Au vu du dossier, la Cour de céans constate, en premier lieu, que les dates des divers taux d'invalidité retenus dans la décision initiale (60 % dès le 29 août 1996 et 100 % dès le 1er avril 1997) sont sans relation compréhensible avec les périodes d'incapacité de travail. En effet, il ressort de l'entretien que le recourant a eu au mois de juillet 1999 avec le service de réadaptation, les périodes d'incapacité suivantes: - de juillet 1995 à juillet 1996, sa capacité était de 50 % (dialyses); - de juillet 1996 à octobre 1996, sa capacité était nulle (première greffe); - de octobre 1996 à janvier 1998, sa capacité semble avoir été entière, hormis quelques périodes; - de janvier 1998 à avril 1998 sa capacité était de 50 % (reprise des dialyses); - d'avril 1998 à juillet 1998, sa capacité était nulle; - de juillet 1998 à mai 1999, sa capacité était de 50 %; - dès mai 1999, sa capacité est nulle (nouvelle greffe). Aussi, il apparaît que l'intimé, à l'époque, a non seulement fondé les différentes périodes d'incapacité sur les seuls dires du recourant, sans s'appuyer sur des avis médicaux et/ou sur une enquête, mais a également retenu une invalidité totale dès avril 1997, alors même que l'assuré a déclaré avoir travaillé à temps complet entre octobre 1996 et janvier 1998. En second lieu, ces périodes d'incapacité sont sans rapport avec la perte de gain de l'assuré dont le calcul demeure incompréhensible. Il suffit de se référer au rapport de réadaptation du 30 juillet 2009 pour constater que les données qui y sont mentionnées sont parfois erronées. En effet, pour l'année 1996, l'intimé a retenu un salaire de 47'977 fr., alors que ce montant semble correspondre au poste "achats de marchandises" selon le compte de pertes et profits pour l'exercice 1996. Qui plus est, cette-année là, le recourant a réalisé un bénéfice de 17'988 fr., alors même que

A/3807/2010 - 20/26 - sa capacité semblait fortement restreinte. Enfin, on ignore quels étaient les revenus du recourant, en particulier si ceux-ci étaient compris dans le poste "salaires" du compte de pertes et profits, ou si son salaire correspondait aux bénéfices de son entreprise, ou encore à l'addition des deux. Enfin, il ne ressort pas du dossier que

l'intimé ait examiné s'il pouvait être exigé de l'assuré qu'il exerce une activité adaptée à ses atteintes à la santé. c) Par conséquent, il est manifeste que l'intimé n'a pas procédé aux étapes indispensables lors de la détermination de l'invalidité, car il n'a pas examiné s'il pouvait être exigé de l'assuré qu'il exerce une activité adaptée, il n'a procédé à aucune comparaison des revenus, ni même appliqué une méthode de comparaison des revenus, ce en violation des dispositions légales en vigueur à l'époque. Cette irrégularité est manifeste. Contrairement à ce qu'allègue le recourant dans son écriture du 27 janvier 2011 (point 44), il ne s'agit pas d'une simple appréciation de la situation à l'époque, l'évaluation des revenus et l'application d'une méthode étant des règles de droit (cf. arrêt du Tribunal fédéral non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 6). C'est seulement si l'intimé avait établi et retenu que l'état de santé de l'assuré empêchait complètement toute activité professionnelle que l'octroi de la rente entière était alors justifié sans autre examen, ce qui exclurait une reconsidération, car il s'agirait alors effectivement d'une nouvelle appréciation, prohibée. Par conséquent, il y a lieu d'admettre que les conditions d'une reconsidération sont réalisées.

#### **E. 12**

Il convient encore de déterminer s'il est possible d'établir le taux d'invalidité du recourant au moment où la décision du 11 février 2000 a été rendue.

#### **E. 13**

a) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360, consid. 5b ; ATF 125 V 195, consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324, consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322, consid. 5a). b) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une

A/3807/2010 - 21/26 - importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158, consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268). c) 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). d) 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). e) L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (ATF 125 V 351, consid. 3a ; ATF 122 V 160, consid. 1c et les références). f) 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 LPG), 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

A/3807/2010 - 22/26 - 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. À cet égard, il convient 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 a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351, consid. 3). g) 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 351, consid. 3a ; ATF 122 V 160, consid. 1c et les références). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids

aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

#### **E. 14**

a) En l'espèce, le Dr N\_\_\_\_\_, médecin spécialiste qui suit le recourant, considère que la capacité de travail est nulle dans toute activité, en raison des névralgies inguinales. Lors du prononcé de la décision de 2000, le médecin spécialiste d'alors, le Dr L\_\_\_\_\_, ne s'était jamais déterminé sur les limitations fonctionnelles du recourant ni sur le taux d'exigibilité dans une activité adaptée. Dans son rapport du 7 mai 2007, le Dr M\_\_\_\_\_ a confirmé l'incapacité dans toute activité et relevé que les limitations fonctionnelles sont des douleurs chroniques du membre inférieur gauche et du rachis et une irradiation dans le pénis. Certes, le témoignage du Dr N\_\_\_\_\_ est convaincant s'agissant de l'objectivation des plaintes du patient concernant les douleurs inguinales, des difficultés à soulager cette douleur malgré des traitements lourds et les

A/3807/2010 - 23/26 - conséquences de celles-ci sur la capacité de travail de l'assuré, sans compter les autres effets de la greffe (fatigue notamment). La Cour constate toutefois que ces médecins ne motivent pas suffisamment les raisons pour lesquelles le recourant ne pourrait pas exercer une activité adaptée, à temps partiel, cas échéant avec diminution de rendement, qui serait supportable malgré les douleurs dues à la névralgie, dès lors qu'ils se limitent à dire qu'aucune activité n'est envisageable. Seul le Dr V\_\_\_\_\_ considère que l'assuré pourrait travailler dans une activité adaptée à 50 %, avis qui correspond d'ailleurs aux constatations du COPAI du 16 décembre 2009 et à celui de l'assuré lui-même. Sur cette base, il n'est pas possible d'établir avec une certitude suffisante la capacité de travail résiduelle, préalable nécessaire à la comparaison des revenus. b) S'agissant du rapport d'expertise du SMR, il ne permet pas non plus de trancher la question de l'exigibilité de la capacité de travail au moment de la décision litigieuse. En effet, les médecins du SMR ont retenu que le recourant conservait une capacité de travail exigible dès le 1er juin 2006. Comme la Cour de céans l'a déjà relevé, on ignore toutefois comment les médecins du SMR sont parvenus à cette conclusion. De plus, cela signifierait qu'avant juin 2006, aucune capacité de travail ne serait exigible, soit déjà au moment du prononcé de la décision, rejoignant ainsi l'avis des médecins-traitants s'agissant de l'incapacité totale de travail dans l'activité de paysagiste, du moins jusqu'en 2006. En outre, les médecins du SMR considèrent que les plaintes douloureuses ostéo- articulaires ne correspondent pas une atteinte objective invalidante et ne justifient pas d'incapacité de longue durée. Or, les névralgies inguinales sont des atteintes du système nerveux, et non ostéo-articulaires. Aussi, sur la base d'un constat et d'un examen médical erroné, on ne saurait conférer à cet avis une valeur probante, ce d'autant moins que les douleurs inguinales constituent l'atteinte principale à la santé. Enfin, contrairement à ce qu'affirment les médecins du SMR, les douleurs inguinales, si elles sont rares, sont toutefois connues comme étant une conséquence possible d'une greffe du rein, comme l'a relevé le Dr N\_\_\_\_\_. De plus, cette atteinte a été objectivée par plusieurs médecins. Il n'y a pas lieu de s'écarter de ce constat qui a été émis par un spécialiste en la matière, ce qui n'est pas le cas des médecins du SMR. En effet, l'expertise bi-disciplinaire du SMR a été effectuée par une interniste, spécialisée en physiatrie, et par un psychiatre. Or, au vu des atteintes présentés par le recourant (névralgies inguinales suite à une greffe du rein, lombalgies et cervicalgies, troubles psychiques), il aurait été nécessaire que celui-ci soit examiné par des spécialistes

de ces atteintes, soit en tout cas un néphrologue, un neurologue et un rhumatologue. A l'exception de l'examen psychiatrique, tel n'a pas été le cas.

A/3807/2010 - 24/26 - c) Au vu de ce qui précède, les divers avis médicaux susmentionnés permettent de retenir au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assuré ne disposait en tout cas pas d'une pleine capacité de travail dans son activité ou dans une activité adaptée, ni lors de la décision du 11 février 2000, ni lors de celle du 30 septembre 2010. C'est pour ce motif que le maintien du versement d'une demi-rente avait été accordé par arrêt incident. Toutefois, ces mêmes avis médicaux ne permettent pas d'établir quelle était précisément la capacité de travail du recourant avant et après la seconde greffe, dans son activité habituelle, ni d'établir s'il pouvait être raisonnablement exigé de lui qu'il exerce une activité adaptée à ses atteintes, et dans ce cas laquelle, permettant de procéder à une comparaison des revenus conforme à la loi et, ainsi, d'établir un degré d'invalidité. Il est manifeste que le dossier doit être complété par une instruction, en particulier une expertise médicale, ainsi qu'un examen par le service de la réadaptation de l'activité cas échéant exigible.

#### **E. 15**

Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

#### **E. 16**

En l'espèce, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, dès lors que l'OAI n'a pas correctement établi les faits. Au vu de la spécificité des atteintes présentées par le recourant, l'intimé devra mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire neutre, soit néphrologique, neurologique, rhumatologique et cas échéant psychiatrique. Outre les questions usuelles, les experts devront en particulier se déterminer sur la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle et dans une activité adaptée en se plaçant au moment du prononcé de la décision initiale de février 2000, étant toutefois précisé que l'état de santé de l'assuré ne s'étant pas notablement modifié en particulier sur le plan des douleurs inguinales, de sorte qu'au vu du temps écoulé depuis cette dernière et en raison du fait que l'assuré n'a plus travaillé depuis lors, il apparaît utile que cette capacité de travail soit évaluée par les experts, en tenant compte de l'avis pertinent du Dr N\_\_\_\_\_ et par un suivi de quelques jours, cas échéant dans le cadre d'ateliers en clinique et non seulement par des examens ponctuels. Une fois le rapport rendu, l'intimé devra procéder à une comparaison des revenus selon les

A/3807/2010 - 25/26 - méthodes valables à l'époque, cas échéant déterminer quelle activité est adaptée si les experts estiment que celle de l'assuré ne l'est pas, et rendre ainsi une

nouvelle décision conforme au droit.

**E. 17**

Partant, le recours sera partiellement admis et la décision querellée annulée.

**E. 18**

Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour fixe en l'espèce à 2'500 fr. (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA). L'intimé sera par ailleurs condamné à un émolument de 500 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/3807/2010 - 26/26 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant A la forme :

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