

GE_GERICHTE A/254/2012 vom 29. August 2012

GE Cour de justice, 2012-08-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_254_2012

FR: GE_GERICHTE A/254/2012 du 29 août 2012

IT: GE_GERICHTE A/254/2012 del 29 agosto 2012

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur B _____, c/o AUTORITE TUTELAIRE, rue des Chaudronniers 3, 1204 Genève recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Monsieur B _____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1957, marié, ressortissant portugais, a été scolarisé durant quatre ans jusqu'à l'âge de 15 ans dans son pays. Sans formation professionnelle, il a travaillé dans la ferme familiale avant d'émigrer en Suisse en 1983. A Genève, l'assuré a travaillé en tant qu'aide-jardinier de 1983 à 1993, puis il a été engagé dès le 1^{er} octobre 1993 par X _____ SA en qualité de polisseur de barres d'or. Dès le 1^{er} janvier 2004, son salaire s'élevait à 4'560 fr. par mois, plus un treizième salaire. En arrêt de travail total depuis le 25 août 2003, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé) en date du 20 septembre 2004. Selon le rapport du Dr L _____, spécialiste FMH en médecine générale, une cirrhose éthylique décompensée ascitogène classée Child C a été découverte en août 2003. Dès mars 2004, un état dépressif secondaire a été diagnostiqué et un diabète non insulino-requérant. Le patient est devenu totalement abstinent depuis la découverte de la cirrhose. Bien que le meilleur traitement soit une transplantation hépatique, le patient n'est pas prêt actuellement à accepter cette possibilité, en raison d'une trop forte angoisse ; il prend soigneusement son traitement médicamenteux. Le pronostic reste sombre, en l'absence de transplantation. L'état anxio-dépressif répond favorablement au Cipralex. L'incapacité de travail est de 100 % depuis le 25 août 2003. Dans leur rapport du 5 septembre 2003, la Dresse M _____, cheffe de clinique, et le Dr N _____, médecin-interne du Département de médecine interne des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (ci-après HUG) ont indiqué que le patient avait séjourné dans leur service du 26 août au 5 septembre 2003. Les médecins ont diagnostiqué une décompensation ascitogène inaugurale d'une cirrhose éthylique Child C secondaire à une hépatite alcoolique et à un péritonite bactérienne spontanée, ainsi qu'une hypertension portale avec varices oesophagiennes stade I. L'hépatite alcoolique était sévère de sorte qu'un traitement de Prednisone a été introduit. L'évolution a été lentement favorable sous prise de diurétiques, avec une perte pondérale de 10 kg durant le séjour. Un arrêt de travail à 100 % du 26 août 2003 au 13 septembre 2003 lui a été prescrit. L'assuré a séjourné du 3 octobre 2003 au 8 octobre 2003 aux HUG, en raison d'un état fébrile avec douleurs abdominales et diarrhées. Les médecins ont diagnostiqué une ascite surinfectée, qu'ils ont traitée. Dans son rapport du 2 décembre 2004 relative à la réinsertion professionnelle, le Dr L _____ a indiqué que l'activité de polisseur n'était plus exigible, que la diminution du rendement était de 100 % et que le patient ne pouvait pas exercer une autre activité. L'assuré présentait des limitations fonctionnelles, il ne pouvait travailler en position debout, à genoux, accroupie, lever, porter ou déplacer des charges, il devait éviter les horaires de

travail irréguliers, le travail en hauteur, les déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Son comportement n'était pas acceptable par l'entourage. Interpellé par l'OAI, le Dr L_____ a répondu en date du 8 mars 2005 qu'une reprise d'activité, même à temps partiel, n'est pas possible. Il explique que l'incapacité de travail est double, premièrement en raison de la cirrhose hépatique : l'assuré ne peut plus travailler en raison de l'association à cette pathologie primaire d'un état dépressif secondaire qui aggrave l'asthénie. Par courrier du 18 avril 2005, le médecin du SMR a interrogé le Dr L_____ quant à l'évolution des tests hépatiques depuis juillet 2004, la gravité de l'état dépressif, de la prise en charge éventuelle de l'état dépressif, la compliance et les dosages médicamenteux. Dans sa réponse du 26 avril 2005, le Dr L_____ indique que depuis juillet 2004, l'évolution des tests hépatiques est relativement stable. L'état dépressif n'est quant à lui pas très facilement quantifiable. Le médecin traitant considère que son patient minimise l'état dépressif. Il pense que la gravité actuelle est modérée grâce au traitement de Cipralex qui l'a notablement amélioré. Il lui avait proposé une prise en charge psychiatrique, mais l'assuré a préféré éviter, de sorte qu'il l'avait suivi seul. Le DR L_____ expose qu'il est en train de rechercher un confrère psychiatre pour aider l'assuré quant à son état dépressif et surtout à le faire mûrir dans l'acceptation d'une opération de transplantation hépatique et enfin à améliorer le climat familial qui se dégrade notablement. La compliance est optimale, ainsi qu'en témoignent les dosages médicamenteux. Par décision du 21 juin 2007, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2004. En juin 2007, l'OAI a initié une procédure de révision. Dans le questionnaire du 22 juin 2007, l'assuré a indiqué que sa maladie s'était aggravée depuis octobre 2006. Le Dr L_____ a établi un rapport médical intermédiaire en date du 12 juillet 2007. Il a indiqué que l'état de santé s'était aggravé, que depuis 2003 le patient avait eu plusieurs décompensations ascitogènes et péritonites bactériennes et qu'il était en attente d'une transplantation hépatique. La capacité de travail était de 0 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Le médecin traitant a joint copies de divers rapports médicaux, notamment des rapports de consultation et d'hospitalisation de l'assuré. Par communication du 15 août 2007, l'OAI a informé l'assuré que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente. En septembre 2010, l'OAI a initié une nouvelle procédure de révision. L'assuré a répondu que son état de santé était toujours le même. Dans un rapport du 14 octobre 2010, la Dresse O_____, du service de transplantation des HUG, indique que l'assuré a subi une transplantation hépatique le 27 novembre 2007 et présente une obésité. Le patient est vite fatigué, présente une dyspnée d'effort et le risque cardio-vasculaire est élevé. Le patient pourrait reprendre une activité à 50 % après réadaptation dans une activité sédentaire, mais à discuter avec le médecin traitant. Dans son rapport médical intermédiaire du 14 octobre 2011, le Dr L_____ indique que l'état de santé s'est amélioré suite à la transplantation hépatique. Il ne fait plus d'ascite, ni de péritonite, mais reste asthénique. Il est sous traitement anti-rejet, antidépresseur et hypertenseur ; le pronostic est réservé. Selon le médecin traitant, une reprise de travail n'est pas possible, au vu de l'asthénie. La reconversion dans un métier de bureau est inenvisageable, le patient étant très simple. Interpellé par l'OAI, le Dr L_____ a répondu en date du 14 décembre 2010 que même si l'état général du patient s'est nettement amélioré, il reste très fatigué. Il doit ainsi se coucher après le repas principal de midi et faire une sieste, son périmètre de marche est limité à 200 m. Par conséquent, le médecin traitant estime que sa capacité de travail, même dans une activité sédentaire adaptée est nulle. Le SMR a suggéré à l'OAI de mandater le Dr P_____, spécialiste FMH en médecine interne, pour réaliser une expertise destinée à

préciser les limitations fonctionnelles objectives. Le 24 février 2011, le Service des tutelles d'adultes a informé l'OAI que par ordonnance du 16 février 2011, le Tribunal tutélaire a institué une mesure de représentation légale provisoire en faveur de l'assuré. Dans son rapport d'expertise du 7 avril 2011, le Dr P _____ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une cirrhose éthylique Child C avec maladie du fibrinogène, un status après péritonite bactérienne en 2003 et 2007, des varices œsophagiennes de stade II dès 2003, un œsophage de Barrett, une décompensation ascitogène en 2003 et 2007, une hémorragie sur rupture d'un adénocarcinome et un status après transplantation hépatique orthotopique en 2007. L'expert indique qu'à trois ans de la transplantation, l'évolution est favorable, les tests hépatiques sont alignés, il n'y a pas de signes infectieux ou inflammatoires. Les plaintes sont plutôt évasives, aspécifiques, il est fait état d'un manque de force, l'expertisé se plaint de dysesthésies des mains et des pieds, de palpitations à l'effort. A part une obésité et un déconditionnement majeur, sans doute réversible, la limitation à la marche et l'intolérance à l'effort ne reçoivent pas d'explication tant cardiologique que neurologique. Du point de vue psychique, il apparaît enjoué, ne présente pas de trouble cognitif, et parfaitement vigilant. Il ne se perçoit pas comme dépressif malgré sa situation psychosociale délicate. Il bénéficie toujours d'un traitement antidépresseur jugé efficace depuis plusieurs années par son médecin traitant. Dans ses conclusions, l'expert indique que seules des activités légères et sédentaires sont possibles. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est complète, avec une baisse de rendement de 20 % pour tenir compte de l'asthénie actuelle. En outre, le milieu professionnel doit être « propre », non soumis aux intempéries, et ce en raison du traitement immunosuppresseur nécessité par la greffe. Selon l'expert, l'incapacité de travail est totale depuis le 25 août 2003 ; dans une activité physique avec éventuellement port de charge (polisseur en horlogerie), la capacité de travail est réduite à 50 %. Une reprise d'activité professionnelle paraît théoriquement possible un an après la greffe, soit dès le 1^{er} décembre 2008. Dans l'activité de polisseur, il faudrait probablement une adaptation du poste de travail, le mettant à l'abri des efforts soutenus avec les mains. Le 12 octobre 2011, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de réduire sa rente à un quart de rente, au motif que son état de santé lui aurait permis de reprendre une activité adaptée et légère à 80 % dès la fin de l'année 2007. Après comparaison des gains, le degré d'invalidité s'élève à 44 %, n'ouvrant droit plus qu'à un quart de rente. Par décision du 12 décembre 2011, « annulant et remplaçant la précédente », l'OAI a réduit la rente du recourant à un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2012. L'assuré, par l'intermédiaire de sa représentante légale provisoire, interjette recours en date du 27 janvier 2012. Il conteste la capacité de travail de 80 % retenue par l'OAI, ainsi que le calcul du degré d'invalidité. Le recourant considère que l'intimé n'aurait pas dû suivre aveuglément les conclusions du Dr P _____ quant à sa capacité de travail, dès lors que le médecin traitant estime que sa capacité de travail est nulle, quelle que soit l'activité professionnelle. Il soutient que les conclusions de l'expert semblent excessives en regard des limitations fonctionnelles et de la grande fatigue qu'il présente. Si l'expert n'a trouvé aucune cause organique aux limitations fonctionnelles qu'il a décrites, il aurait été souhaitable qu'un examen médical complémentaire soit ordonné afin d'en éclaircir l'origine. Par ailleurs, la capacité de travail retenue par l'expert paraît impossible à être mise en valeur sur le marché du travail. Le recourant critique le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé, notamment quant au revenu avec invalidité et de l'abattement. Il conclut à l'annulation de la décision et au maintien de sa rente entière d'invalidité, subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction sur les

limitations fonctionnelles et la capacité de travail. Dans sa réponse du 20 février 2012, l'intimé conclut au rejet du recours, se référant à l'expertise du Dr P_____. Il relève que l'amélioration de l'état de santé a été constatée tant par le médecin traitant que par l'expert. Quant au calcul du degré d'invalidité, l'intimé considère qu'un abattement de 25 % ne se justifie pas, pas plus qu'une réduction du salaire de référence. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 28 mars 2012, la représentante légale provisoire du recourant a indiqué que le Tribunal tutélaire, par ordonnance du 19 mars 2012, avait prononcé l'interdiction de son pupille. Elle conteste principalement les conclusions du Dr P_____ s'agissant de la capacité de travail, dans l'activité antérieure et dans une activité adaptée. Le recourant a expliqué que son problème essentiel était le ventre, suite à la transplantation. En outre, ses pieds enflent lorsqu'il marche. Le dosage des médicaments n'est pas optimal et la fatigue est toujours là. Son état de santé n'est pas stable, il peut être bien un jour et pas bien du tout le lendemain. Il était toujours suivi par le Dr Q_____ que l'a opéré aux HUG. La représentante de l'intimé a exposé que l'OAI a suivi les conclusions du Dr P_____ quant à la capacité de travail. Pour le surplus, l'intimé a procédé à un abattement de 15 % et n'a pas tenu compte de l'âge, de la nationalité, le recourant étant titulaire d'un permis C. La Cour de céans a fixé un délai au recourant pour produire des rapports médicaux relatifs à l'évolution de son état de santé depuis 2010. Le 3 mai 2012, la représentante du recourant a communiqué à la Cour de céans un rapport du Dr Q_____, médecin adjoint agrégé du Service de transplantation des HUG, daté du 24 avril 2012. Selon ce médecin, les suites de la transplantation hépatique du 27 novembre 2007 ont été relativement simples, si ce n'est une infection pulmonaire qui a été rapidement maîtrisée. Actuellement, le patient est en bon état général ; il prend un traitement immunosuppresseur ad vitam. Il a comme problème important une obésité avec une prise de poids de 30 kg depuis la greffe et, malgré de nombreuses consultations avec les médecins diététiciens, il ne parvient pas à perdre du poids. Il se rallie à l'avis de sa collègue, la Dresse O_____ qui, dans un rapport à l'OAI du 14 octobre 2010, mentionnait une capacité de travail de 50 % dans une activité sédentaire n'impliquant pas un travail physique. Le Dr Q_____ est également d'avis que le patient a une capacité de travail d'au moins 50 % pour des travaux légers, n'impliquant pas d'effort physique important. Quant à la détérioration de l'état de santé évoquée par le patient, elle ne lui paraît pas de nature à altérer, de façon significative, la capacité de travail, du moins lorsqu'il a évalué le patient il y a quelques mois. Quant au Dr B_____, il n'a pas souhaité établir un rapport médical, dès lors qu'il n'a vu le patient qu'à trois ou quatre reprises depuis janvier 2011 et qu'il n'a aucune connaissance du dossier AI. L'intimé, par écriture du 21 mai 2012, a persisté dans ses conclusions, se référant à l'avis du SMR du 16 mai 2012, selon lequel les nouveaux éléments produits ne permettent pas de remettre en cause les conclusions de l'expert, le Dr Q_____ confirmant que le recourant présente une capacité de travail d'au moins 50 % dans une activité adaptée. Cette écriture a été communiquée au recourant en date du 29 mai 2012. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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) 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge

expressément. Toutefois, 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 343 consid. 3). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions légales résultant des 4^{ème} et 5^{ème} révisions de la LAI, soit jusqu'au 31 décembre 2011, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 54 et 60 LPGA). Le litige consiste à déterminer si l'intimé était fondé, suite à la procédure de révision, à réduire la rente du recourant à un quart de rente d'invalidité. Selon l'art. 17 al. 1^{er} 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^{er} 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 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 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 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 I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). 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. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). 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). Selon l'art. 7 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 la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, 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 (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). Il y a lieu de préciser que 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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3). En l'espèce, l'intimé a confié une expertise au Dr P_____, afin de déterminer quelle a été l'évolution de l'état de santé du recourant et, le cas échéant, les répercussions sur sa capacité de travail. Selon l'expert, depuis la transplantation hépatique, l'évolution est favorable, les tests hépatiques sont alignés, il n'y a pas de signes infectieux ou inflammatoires, et les autres examens de laboratoire sont dans les limites de la normale. Le patient se plaint d'une asthénie persistante pour laquelle il n'est pas trouvé de réel substrat organique. L'expert relève qu'à part une obésité et un déconditionnement majeur, sans doute réversible, la limitation à la marche et l'intolérance aux efforts ne reçoivent pas d'explication tant cardiologique que neurologique. Le recourant bénéficie d'un traitement antidépresseur jugé efficace depuis plusieurs années par son médecin traitant, si bien qu'il n'a jamais été nécessaire de faire appel à une prise en charge spécialisée. Le patient apparaît enjoué, ne présente pas de trouble cognitif et est parfaitement vigilant. Reprenant les termes de la Dresse O_____ (cf. rapport du 30 septembre 2009 au Dr L_____), l'expert indique que l'état général du recourant est florissant. Pour le Dr P_____, les limitations fonctionnelles décrites par le recourant sont éminemment subjectives. La fatigue dont il se plaint, de même que la limitation à la marche pourraient être largement compensées par un réentraînement accompagné ou non de l'arrêt du traitement de bêta bloquant. L'expert considère ainsi qu'un an après la transplantation, en décembre 2008, la capacité de travail du recourant est d'au moins 50 % dans l'activité antérieure de polisseur dans l'industrie horlogère et à 80 % dans une activité adaptée, une perte de rendement de 20 % étant reconnue en raison de l'asthénie persistante. La Cour de céans constate que le rapport d'expertise comprend une anamnèse personnelle, familiale, sociale et professionnelle complète et circonstanciée, que les plaintes émises par le recourant sont relatées de manière détaillée, que l'expert a procédé à un examen complet, que les diagnostics ont été posés au regard de la classification internationale reconnue. L'expert s'est ensuite livré à une appréciation et discussion du cas minutieuse. L'évolution favorable de l'état de santé a été confirmée tant par le médecin traitant que par les autres médecins ayant traité le recourant (cf. rapport du Prof. MOREL du 21 janvier 2008 : rapport de la Dresse O_____ du 30 septembre 2009 ; rapports du Dr L_____ des 14 octobre 2010 et 14 décembre 2010). Sur ce point, l'expertise revêt pleine valeur probante. L'évaluation de la capacité de travail résiduelle est toutefois contestée par le recourant, qui se fonde sur les avis de son médecin traitant. Selon le Dr L_____, même si l'état de santé du recourant s'est amélioré, il demeure une asthénie persistante qui l'empêche d'exercer une quelconque activité lucrative. En tant qu'il conclut à une incapacité de travail totale, l'avis du Dr L_____ est à cet égard isolé. En effet, dans son rapport du 14 octobre 2010 à l'attention de l'intimé, la Dresse O_____ indique que le recourant présente une capacité de travail de 50 % et qu'il convient de faire une réadaptation dans une activité sédentaire, à discuter avec le médecin traitant. Elle précise que seules des activités en position assise peuvent être exercées ou dans différentes positions, les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et la résistance étant également limitées à 50 %. Le Dr Q_____, par courrier du 24 avril 2012, s'est rallié à cette appréciation, estimant lui aussi que le recourant présente une capacité de travail d'au moins 50 % dans une activité sédentaire n'impliquant pas de travail physique important. Ce médecin a précisé encore que la détérioration de l'état de santé telle qu'évoquée par le recourant ne lui paraît pas de nature à altérer de façon significative la capacité de travail. Cela étant, il demeure une divergence entre les

conclusions de l'expert et celles des cardiologues, quant au taux de capacité de travail résiduelle, de la date à partir de laquelle elle est exigible et dans quel type d'activité. Concernant tout d'abord l'activité exigible, la Cour de céans considère que celle antérieure de polisseur dans l'industrie horlogère est à exclure totalement comme les cardiologues l'ont mentionné, dès lors qu'elle implique des efforts physiques importants. Sur ce point, elle ne peut suivre l'avis de l'expert, relevant par ailleurs que ce dernier a tempéré ses propos, dans la mesure où il semble retenir finalement une exigibilité dans une activité adaptée. Ensuite, pour l'expert, l'asthénie importante justifie une diminution de rendement de 20 %, de sorte que la capacité de travail résiduelle est de 80 % dans une activité adaptée, ce dès décembre 2008. De l'avis des cardiologues, dans une activité sédentaire, elle est de 50 % selon la Dresse O_____ qui précise par ailleurs que les limitations sont valables dès 2011 (cf. pièce no. 39, page 5, dossier OAI), d'au moins 50 % selon le Dr Q_____. Ce dernier ne précise pas depuis quand cette capacité de travail existe, étant relevé toutefois qu'il déclare partager l'avis de la Dresse O_____. Dans la mesure où le Dr Q_____ est plus optimiste que la Dresse O_____ quant à la capacité de travail résiduelle, les conclusions de l'expert estimant que celle-ci est de 80 % dans une activité adaptée n'apparaissent pas arbitraires, de sorte que la Cour de céans s'y ralliera. Concernant en revanche la date à partir de laquelle le début de l'activité résiduelle est exigible, la Cour de céans ne peut suivre l'avis de l'expert. Rien dans le dossier ne permet en effet de faire remonter cette date à décembre 2008 (et non 2007 comme indiqué par erreur dans la décision litigieuse). L'expert - qui a examiné le recourant en mars 2011 - n'explique pas pour quelle raison il s'est distancé des conclusions de la Dresse O_____. Au vu de ce qui précède, la Cour de céans retient que le recourant présente une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée, sédentaire et sans effort physique important, depuis début 2011. Reste à déterminer le degré d'invalidité du recourant. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF non publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06). Selon les renseignements communiqués par l'employeur, le salaire réalisé par le recourant était de 67'562 fr. pour l'année 2003, y compris le treizième salaire, la prime de fidélité de 2'600 fr et une prime de performance de 3'100 fr. En 2010, le salaire mensuel se serait élevé à 4'980 fr. selon le renchérissement conventionnel, mais sans les éventuelles augmentations de mérite, difficiles à estimer. Il convient de réactualiser le salaire réalisé en 2003 à 2011, de sorte que le salaire sans invalidité est de 75'047 fr. Quant au revenu d'invalidité, il 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 75 consid. 3b). 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 ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global 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 75 consid. 5). Enfin, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser, dans un arrêt du 19 décembre 2003 (ATF 130 V 121), que le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En l'occurrence, en l'absence d'une activité lucrative exercée par le recourant, il convient, pour le revenu d'invalidité, de se référer aux salaires statistiques. Le salaire de référence est celui que peuvent réaliser les hommes pour des tâches simples et répétitives (Tables ESS, tableau TA1, niveau 4). En effet, le niveau 4 de qualification des ESS s'applique en principe à toutes les assurées qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'elles seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (ATF non publié 9C_444/2010 du 20 décembre 2010, consid. 2.3). En 2010, le salaire de référence s'élevait à 4'901 fr. par mois pour 40 heures de travail hebdomadaire, soit 5'109 fr. pour une durée moyenne usuelle du travail dans les entreprises de 41,7 heures en 2011 (cf. la Vie économique 7/8-2012, tableau B.10.3) et 61'311 fr. annuel. Réactualisé à 2011 (année déterminante en l'espèce), le salaire s'établit à 61'901 fr., soit 49'520 fr. 80 pour une activité à 80%. L'intimé a procédé à un abattement de 15% sur le revenu d'invalidité, insuffisant selon le recourant qui conclut à un abattement de 25% compte tenu de ses limitations et de son âge. Il convient de rappeler 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; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références). En l'occurrence, l'intimé a retenu que l'assuré, de nationalité portugaise, titulaire d'un permis C, ne pouvait exercer qu'une activité légère et sédentaire. Compte tenu des limitations fonctionnelles, il a fixé la réduction à 15%. La Cour de cassation considère que ce taux tient suffisamment compte des circonstances du cas concret, de sorte qu'il n'a pas de motif pour s'en écarter (voir par ex. ATF 9C_1047/2008). Le revenu d'invalidité s'élève en définitive à 42'092 fr. Comparé au revenu de valide, le degré d'invalidité du recourant s'établit bien à 43,91%, arrondi à 44%, taux qui ne permet plus le maintien de la rente entière, mais ouvre droit dorénavant à un quart de rente d'invalidité. Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une

révision en s'écartant de la LPGA (ATFA non publié I 806/04 du 15 mars 2005, consid. 2.2.). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable. En vertu de l'art. 88bis al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet, au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a), ou rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77. En l'espèce, compte tenu de la date de la notification de la décision, le 12 décembre 2011, la réduction de la rente prend effet qu'à compter du 1^{er} février 2012 et non le 1^{er} janvier 2012. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis. Le recourant, représenté non par un avocat, mais par sa tutrice du Service des tutelles d'adultes, n'a pas droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens (cf. ATF 124 V 345 consid. 4 a contrario). L'émolument, fixé à 200 fr, est mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Dit et prononce que la réduction de la rente à un quart de rente d'invalidité ne prend effet qu'à compter du 1^{er} février 2012. Rejette le recours pour le surplus. Met un émolument de 200 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 Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE 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.