

## **GE\_GERICHTE A/44/2007 vom 25. April 2007**

GE Cour de justice, 2007-04-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_44\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_44_2007)

FR: GE\_GERICHTE A/44/2007 du 25 avril 2007

IT: GE\_GERICHTE A/44/2007 del 25 aprile 2007

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 25.04.2007  
A/44/2007

A/44/2007 ATAS/442/2007 du 25.04.2007 ( AI ) , REJETE En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/44/2007 ATAS/442/2007 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 4 du 25 avril 2007 En la cause Monsieur P\_\_\_\_\_, domicilié , Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître SCHERB Pierre recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, Genève Intimé EN FAIT Monsieur P\_\_\_\_\_, né le 1959, a travaillé en Suisse dès 1985, dans la restauration. Il a été employé en dernier lieu par la société X\_\_\_\_\_ SA en qualité d'aide de cuisine et d'employé de restaurant jusqu'au 31 juillet 2004, date à laquelle son contrat de travail a été résilié. En arrêt de travail à 100% depuis le 17 février 2004, l'intéressé a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) en date du 25 mai 2005, visant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession et d'une rente. Dans son rapport adressé à l'OCAI en date du 25 août 2005, le Dr A\_\_\_\_\_, médecin interne FMH, a indiqué que le patient présentait une cirrhose hépatique ascitogène avec hypertension portale et un diabète insulino-dépendant inaugural depuis mai 2004, affections entraînant des répercussions sur la capacité de travail. En revanche, l'hyper-cholestérolémie est sans influence sur la capacité de travail. Le patient est en incapacité de travail de 100% depuis le 17 février 2004. Le médecin a précisé que son patient avait été hospitalisé du 17 février 2004 au 10 mars 2004 pour une épilepsie et une cirrhose hépatique. En outre, en raison du développement d'un diabète inaugural en décompensation, une hospitalisation a été nécessaire du 26 juin 2004 au 1<sup>er</sup> juillet 2004 pour insulinsation intensive. Dans l'annexe au rapport relatif à la réinsertion professionnelle, le Dr A\_\_\_\_\_ indique que l'activité exercée jusqu'à maintenant par l'assuré n'est plus exigible, et qu'une autre activité est envisageable, par exemple de petits travaux de manutention, avec une baisse de rendement. Le patient doit éviter la même position du corps pendant longtemps, les positions à genou et accroupie, les horaires de travail irréguliers, le travail en hauteur et les déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Dans une activité adaptée, la capacité de travail raisonnablement exigible est de 30 à 40%. Dans un rapport médical détaillé sur formulaire "E 213", daté du 20 octobre 2005, le Dr A\_\_\_\_\_ a rappelé les diagnostics précités, mentionnant en outre une hypertension artérielle depuis février 2005. Le patient est traité par insulinothérapie, spironolactone et bêtabloqueurs. Le patient se plaint d'asthénie persistante avec des consonances sub-dépressives. Le médecin considère que l'ancienne activité de commis de cuisine n'est plus exigible, mais qu'un travail adapté peut être exercé à 50%, dans la manutention simple ou dans des ateliers protégés. Le Service régional médical AI - SMR Suisse romande a examiné l'assuré en date du 17 juillet 2006. Dans son rapport du 25 août 2006, la Dresse

B \_\_\_\_\_, médecin interne FMH, n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. En revanche, les diagnostics suivants: cirrhose hépatique avec hypertension portale, diabète de type II insulino-requérant, HTA traitée et hypercholestérolémie anamnétique sont sans répercussion sur la capacité de travail. Dans son appréciation du cas, le SMR relève que l'assuré a présenté une crise d'épilepsie dans un contexte d'alcoolisme chronique en février 2004, nécessitant une hospitalisation. Le patient ne retravaille plus depuis lors et l'on découvre le 24 juin 2004 un diabète inaugural nécessitant une hospitalisation pour un traitement par insuline. L'évolution est marquée par la mise en évidence d'une hypertension artérielle qui sera traitée. Le diabète est bien équilibré, sous insulinothérapie et antiglycémiant per os. Il y a stabilisation de l'atteinte hépatique sous sevrage strict et régime protéiné accompagné d'un diurétique. A l'examen clinique, il n'y a pas d'ascite. Les tests hépatiques sont modérément perturbés. Selon la Dresse B \_\_\_\_\_, l'asthénie mise en évidence par le médecin traitant n'est pas une plainte spontanée de l'assuré. A la question dirigée, la fatigue n'apparaît pas intense. La description de la vie quotidienne montre un assuré qui fait à manger, les courses, va au café, lit le journal, se promène au bord du lac, avec des troubles du sommeil anamnestiques sous forme de réveils fréquents. La marche, jusqu'à une heure par jour, n'est pas stoppée en raison de vertiges, mais en raison de fatigue. La seule limitation fonctionnelle est une possible tendance à la chute vers l'arrière, les yeux fermés. Pour cette raison, l'assuré doit éviter les déplacements sur sol irrégulier ou en pente, éviter le travail en hauteur ou sur une échelle, de même qu'un travail dangereux, sur un toit ou avec des machines dangereuses, en raison également d'un épisode d'épilepsie, bien que non récidivant. Autrement, il n'y pas de limitation fonctionnelle. Il paraît cependant évident, mais pour des raisons qui ne sont pas du ressort de l'AI, que le travail d'employé de restaurant, voire de caviste, semble difficilement compatible chez un assuré ancien alcoolique chronique ne devant en aucun cas reprendre une consommation d'alcool. D'un point de vue psychiatrique, l'anamnèse et le status ne parlent pas en faveur d'un trouble dépressif invalidant, mais plutôt de quelqu'un qui a dû s'adapter à sa maladie nouvelle. Il n'y a notamment pas de prise en charge psychiatrique spécialisée, ni de suivi par le médecin traitant pour ce problème. De l'avis de la Dresse B \_\_\_\_\_, il n'y a pas d'incapacité de travail, si ce n'est des incapacités de 100% lors des hospitalisations, qui peuvent être prolongées de quelques semaines en raison d'abord du sevrage d'alcool, puis de la mise en route du traitement du diabète. La capacité de travail exigible est de 100%, dans une activité autre que celle d'employé de restaurant qui n'est pas adaptée, pour éviter le risque de rechute alcoolique. Le 16 octobre 2006, l'OCAI a notifié à l'assuré un projet de décision de refus de rente d'invalidité et de reclassement, au motif que ces atteintes à la santé ne justifient pas d'incapacité de travail dans son activité d'employé de restaurant. Par courrier du 16 novembre 2006, l'assuré a contesté ce projet. Par décision du 22 novembre 2006, l'OCAI a notifié à l'intéressé une décision de refus de rente d'invalidité, au motif que ses atteintes à la santé ne sont pas invalidantes et que le diagnostic d'épilepsie n'a pas été retenu, dès lors qu'il n'a plus eu de crise depuis 2004. L'assuré, représenté par Me Pierre SCHERB, interjette recours en date du 8 janvier 2007. Il conteste l'appréciation de l'OCAI, au motif qu'il souffre d'un sérieux trouble de l'équilibre qui porte gravement atteinte à sa capacité de travail. Il allègue également qu'il a subi plusieurs crises d'épilepsie depuis de longues années et s'étonne de ce que ce diagnostic n'ait pas été retenu. Il conclut à la mise en œuvre d'une expertise et à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100%. Dans sa réponse du 17 janvier 2007, l'OCAI propose le rejet du recours. Cette écriture a été communiquée au recourant en date du 22 janvier 2007. Sur

quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'occurrence, les faits déterminants sont postérieurs au 1<sup>er</sup> janvier 2003, de sorte que tant les dispositions matérielles que de procédure de la LPGA s'appliquent au cas d'espèce. Interjeté dans les formes et délais prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA). L'objet du litige consiste à déterminer si le recourant présente une atteinte à sa santé invalidante ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, 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. L'entrée en vigueur de la 4<sup>ème</sup> révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4<sup>ème</sup> révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATF non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être

évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174 ). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il 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 la santé. Toutefois, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Par ailleurs, en ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Enfin, 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2) En l'espèce, il résulte du dossier médical que le recourant souffre d'une cirrhose hépatique avec hypertension portale, d'un diabète insulino-dépendant ainsi que d'une HTA. Ces diagnostics ont été posés tant par le médecin traitant que par la Dresse B \_\_\_\_\_, du SMR. Si les médecins ayant examiné le recourant sont d'accord sur le plan du diagnostic, leur appréciation diverge en revanche quant aux répercussions qu'il entraîne sur la capacité de travail. Selon le médecin traitant, le recourant ne peut plus exercer son ancienne activité dans la restauration et dans une activité adaptée respectant les limitations (manutention simple ou ateliers protégés), sa capacité de travail serait de 50 %. La Dresse B \_\_\_\_\_, du SMR Suisse Romande, considère en revanche que le recourant ne présente aucune incapacité de travail, que ce soit dans l'ancienne activité, ou dans toute activité respectant les limitations. Elle relève que l'hypertension est traitée, que le diabète est bien équilibré sous insulinothérapie et antiglycémiant et que sous sevrage strict, régime protéiné et diurétique, l'atteinte hépatique est stabilisée. A l'examen clinique, elle relève qu'il n'y a pas d'ascite, que l'assuré ne se plaint pas spontanément d'asthénie et que la marche jusqu'à une heure par jour est stoppée en raison non pas de vertiges, mais de fatigue. La seule limitation fonctionnelle est une possible tendance à la chute vers l'arrière, les yeux fermés. Pour cette raison, l'assuré doit éviter les déplacements sur sols irréguliers ou en pente, le travail en hauteur, le travail dangereux. L'activité antérieure devrait toutefois être évitée, pour empêcher le risque de rechute alcoolique. Le recourant ne subit que des incapacités de travail passagères, qui surviennent lors des hospitalisations. Le Tribunal de céans constate que le rapport de la Dresse B \_\_\_\_\_ est fondé sur l'ensemble du dossier du recourant, qu'elle a procédé à un examen clinique, qu'elle a pris en compte les plaintes du recourant, que ses conclusions sont convaincantes et bien motivées, de sorte qu'il remplit toutes les exigences requises par la jurisprudence pour se voir attribuer pleine valeur probante. D'autre part, les limitations fonctionnelles décrites rejoignent celles relevées par le médecin traitant. En conséquence, le Tribunal n'a aucune raison de s'écarter des conclusions du SMR Suisse Romande. Le recourant conteste l'appréciation du SMR, au motif qu'il souffre d'épilepsie, diagnostic qui n'a, à tort, pas été retenu par les médecins, ainsi que d'un trouble grave de l'équilibre. Le Tribunal de céans constate, s'agissant de l'épilepsie, qu'une crise est survenue en février 2004 dans un contexte bien particulier d'alcoolisme chronique, et que ce diagnostic n'a pas été retenu par les Drs C \_\_\_\_\_ et B \_\_\_\_\_. De surcroît, le recourant n'a pas de suivi spécifique, ni de traitement médicamenteux pour cette affection. Quant au grave trouble de l'équilibre, il n'est pas objectivé par les médecins, si ce n'est une tendance à la chute vers l'arrière, raison pour laquelle l'activité doit respecter les limitations décrites. Enfin, le recourant n'apporte aucun document susceptible de remettre en cause les conclusions des médecins. Une expertise s'avère en conséquence superflue. Mal fondé, le recours doit être rejeté. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge du recourant. 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); 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. Le greffier : Pierre RIES  
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.