

GE_GERICHTE ATAS/1380/2012 vom 15. November 2012

GE Cour de justice, 2012-11-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1380_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/1380/2012 du 15 novembre 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/1380/2012 del 15 novembre 2012

Erwägungen

E. 6

Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la

A/899/2010 - 18/26 - suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a ; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b ; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b ; 119 V 478 consid. 1b/aa). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence ; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). En l'occurrence, la décision de l'OAI du 2 juin 2002 octroyait à la recourante une rente basée sur un degré d'invalidité de 50% à partir du 1er octobre 1998. Suite à une demande de révision de la rente formulée par le recourant, l'OAI a, par décision du 4 août 2004, refusé d'augmenter la rente d'invalidité. Une nouvelle demande de révision a été déposée, par l'intermédiaire du Dr B_____, le 21 septembre 2004. Dans le cadre d'une expertise, les experts relèvent notamment, dans leur rapport du 8 novembre 2005, que globalement, en tenant compte des aspects rhumatologiques, neurologiques et psychiatriques, il n'y a pas d'argument objectif parlant en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis juin 2001. Après cette instruction complémentaire, l'OAI a rejeté, le 9 octobre 2006, la demande d'augmentation de la rente, en maintenant le droit à une demi-rente de la recourante. A la suite d'une nouvelle demande, l'OAI a, le 8 février 2010, maintenu la rente d'invalidité sans modification du droit, la recourante continuant de bénéficier de la même rente basée sur un taux d'invalidité de 50%. A la suite d'un recours, après instruction du dossier et, en particulier, sur la base d'une expertise judiciaire et se déterminant sur des enquêtes, l'OAI a conclu à ce que soit accordé à la recourante une rente entière du 1er septembre 2010 au 30 avril 2011, date à laquelle le droit à la rente s'éteint.

E. 7

L'art. 8 al. 1 LPGA prévoit qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En vertu de l'art. 6 LPGA, 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 exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. 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. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de

A/899/2010 - 19/26 - l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al 1er LPGA). 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 275 consid. 4a). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

E. 8

Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 9 consid. 2b, 160 consid. 3a, 118 V 82 consid. 3a et les références).

E. 9

S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où celui-ci prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le 1er jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI; ATF 126 V 9 consid. 2b et les références).

E. 10

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. L'entrée en vigueur de la 4ème 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 égal ou 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 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non

A/899/2010 - 20/26 - publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

E. 11

Le revenu d'invalidité 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 76 consid. 3b/aa et bb).

E. 12

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.

E. 13

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).

E. 14

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3).

A/899/2010 - 21/26 -

E. 15

Le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). 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. 5 let. a).

E. 16

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b et les références).

E. 17

L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère ici 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 dépréciante 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

A/899/2010 - 22/26 - exprime (voir à ce sujet MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss., ainsi que PAYCHÈRE, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension, page 133 ss., in : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002; également ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160

consid. 1c et les références).

E. 18

Meine souligne que l'expertise doit être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité, et apporter des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées (Meine, L'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux exigences de qualité actuelles ? in RSA 1999 p. 37 ss). Dans le même sens, Bühler expose qu'une expertise doit être complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit (Bühler, Erwartungen des Richters an den Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567 ss).

E. 19

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 (arrêt du 2 février 2010 9C_603/2009).

E. 20

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. 21

En l'occurrence se trouvent notamment au dossier, des rapports médicaux du Dr B_____ et de la Dresse E_____, des procès-verbaux d'audiences d'enquêtes ainsi que des rapports d'expertise rhumatologique de la Dresse F_____ et psychiatrique de la Dresse G_____.

E. 22

A l'occasion de plusieurs certificats médicaux, le Dr B_____, médecin traitant de la recourante, avait conclu que le taux d'incapacité, résultant notamment de douleurs abdominales non spécifiques depuis 1992, aggravées depuis 1998, de fibromyalgies depuis 2000 et de troubles de l'adaptation, était d'au moins 70% en soulignant notamment que l'évolution de la recourante tendait à la chronicité de ses problèmes.

A/899/2010 - 23/26 -

E. 23

Pour sa part, le Centre d'expertises médicales conclut à une capacité de travail diminuée de l'ordre de 50% dans une activité adaptée qui paraît toujours une estimation adéquate de sa situation.

E. 24

De plus, la Dresse E_____ a relevé que la symptomatologie anxiodépressive était fluctuante, marquée principalement par des épisodes d'humeur dépressive, anhédonie, apathie, douleurs somatiques intenses et handicapantes, celles-ci étant souvent au premier plan, malgré la prise régulière de son traitement. Ce médecin concluait à une incapacité de travail de la recourante à 100%.

E. 25

Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid 3b/bb).

E. 26

Dans son rapport, la Dresse G_____ fait état d'un examen détaillée du syndrome douloureux somatoforme en analysant les critères définis par la jurisprudence, à savoir la comorbidité psychiatrique, l'affection somatique, l'intégration sociale, l'état psychique cristallisé et les échecs des traitements, pour aboutir à la conclusion que le syndrome douloureux somatoforme n'est pas à l'origine d'une incapacité de travail de la recourante. Enfin, la Dresse G_____ relève que, en l'état actuel, on ne peut retenir la présence d'un état dépressif et que le trouble dépressif récurrent est actuellement en rémission. De son côté, la Dresse F_____ qui a examiné de façon approfondie l'ensemble du dossier, a établi une anamnèse complète, pris acte des plaintes actuelles de la recourante, procédé à un examen clinique et a posé les diagnostics rhumatologiques et de médecine interne. Dans le cadre de la discussion, la Dresse F_____ a examiné l'ensemble des plaintes de façon détaillée pour aboutir à la conclusion que l'activité exercée jusqu'ici était exigible à 70% en répondant négativement à une diminution de rendement. La Dresse F_____ relève que l'activité adaptée peut être exercée à 100%, sans diminution de rendement.

E. 27

Il sied, en l'occurrence, de considérer que ces deux expertises ont fait l'objet d'une étude circonstanciée comprenant des observations approfondies et des investigations complètes, d'une pleine connaissance du dossier, et les experts ont abouti à des résultats convaincants pour leur attribuer pleine valeur probante. En effet, la Cour de céans estime que les expertises contiennent une étude approfondie du dossier, une anamnèse médicale complète, la prise en compte des plaintes de la recourante et la description du contexte médicale et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions des experts sont dûment motivées. Dès lors, une nouvelle expertise étant superflue, la Cour se dispensera de l'ordonner.

A/899/2010 - 24/26 -

E. 28

Comme le relève l'OAI, la période pouvant engendrer une augmentation de la rente est celle courant du 1er juin 2010 au 31 janvier 2011, période d'incapacité totale de travail dans toute activité. La Cour retiendra que, en application de l'art. 88a al. 2 RAI, après une période d'aggravation de l'état de santé de trois mois, la recourante aura droit à une rente

entière, soit dès le 1er septembre 2010. En outre, en vertu de l'article 88a al. 1 RAI et compte tenu du fait que la recourante a retrouvé une pleine capacité de travail, dans une activité adaptée, dès le 1er février 2011, il y a lieu de considérer que ce changement supprime le droit à sa rente après une durée de trois mois, soit dès le 1er mai 2011.

E. 29

Considérant la modification des conclusions de l'OAI qui conclut à ce que soit accordé à la recourante une rente entière du 1er septembre 2010 au 30 avril 2011, date à laquelle le droit à la rente s'éteint, il convient d'examiner si les faits survenus postérieurement à la décision litigieuse et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative.

E. 30

De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243 ; 121 V 362 consid. 1b p. 366). Pour des motifs d'économie de procédure, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2 p. 503 ; ATF 122 V 34 consid. 2a p. 36 et les références). Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée ; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige ; l'administration doit s'être prononcé à son sujet dans un acte de procédure au moins ; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (Fritz GYGI, Bundesverwaltungsrecht, 2e éd., 1983, p. 43) et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (Ulrich MEYER/ISABEL VON ZWEHL, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in Mélanges Pierre Moor, 2005, no 27 p. 446). Ces principes développés en premier lieu en lien avec un élargissement du procès, sont en principe également valables lorsque la contestation a pour objet un état de fait qui produit des effets au-delà de la période délimitée par la décision litigieuse (élargissement temporel ; ATF 130 V 138 consid. 2.1 p. 140). (arrêt du Tribunal fédéral du 19 avril 2012 – 9C_598/2011)

A/899/2010 - 25/26 -

E. 31

Bien que cet élargissement de la procédure aurait peut-être dû faire l'objet d'une nouvelle décision, selon la jurisprudence évoquée par l'OAI pour une éventuelle aggravation qui serait survenue en janvier 2012 qui sort de l'objet du litige, la Cour de céans prendra acte, par économie de procédure, des conclusions tendant à l'octroi d'une rente entière du 1er septembre 2010 au 30 avril 2011. Interpellée au sujet de ces conclusions de l'OAI, la recourante ne s'est pas prononcée sur ce point en précisant toutefois qu'elle était régulièrement suivie au sein de programme dépression du Département de santé mentale et psychiatrie des HUG. Il sied en effet de relever que, en l'occurrence, il s'agit d'une question

en état d'être jugée, qu'il existe un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige et que l'OAI s'est prononcé en concluant à un droit à une rente entière pour la période du 1er septembre 2010 au 30 avril 2011, soit pour une période postérieure à la date de la décision litigieuse du 8 février 2010.

E. 32

En revanche, si l'état de santé de la recourante, dès le mois de février 2012, constitue un état de faits nouveaux survenus postérieurement à la décision attaquée, cette situation implique de nouvelles investigations et une nouvelle instruction qui prendra en considération ces éléments nouveaux qui fera l'objet d'une nouvelle décision. A ce sujet, l'OAI a confirmé le maintien de ses précédentes conclusions, en précisant « Toutefois, si par impossible la Cour de céans devait instruire l'éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante en janvier 2012, et ainsi étendre l'objet du litige, alors nos conclusions sur le fond seraient réservées. En effet, la seule attestation de la Dresse E_____ n'est pas suffisante pour considérer que la cause est en état d'être jugée (ATF 9C_173/2011 du 31 janvier 2012, consid. 2.1 ; cf ULRICH MEYER/ISABEL VON ZWEHL, l'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in Mélanges Pierre Moor, 2005, no 27. Pour le surplus, si l'assurée s'estime fondée à faire valoir que la dépression mentionnée par la Dresse E_____ en mars 2012, constitue une aggravation de son état de santé, il lui est loisible de déposer une nouvelle demande en prenant la peine de produire tout de suite un rapport médical circonstancié.

E. 33

Ainsi, le recours est partiellement admis. Compte tenu de l'issue du litige, la Cour renonce à la perception d'un émolument. La recourante, 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 2'000 fr. (art 61 let g LPG ; art. 89H al. 3 LPA)

A/899/2010 - 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.