

GE_GERICHTE ATAS/191/2012 vom 22. Februar 2012

GE Cour de justice, 2012-02-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_191_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/191/2012 du 22 février 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/191/2012 del 22 febbraio 2012

Erwägungen

E. 1

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 1er 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.

E. 2

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable.

E. 3

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. 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). S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de l'AI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date, eu égard au principe rappelé ci-dessus. Cela étant, cette nouvelle n'a pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité et d'octroi de mesures de réadaptation (Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4316 et 4322). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 71, consid. 6b).

E. 4

Est litigieuse la question de savoir si, postérieurement à la décision du 15 février 2002, l'état de santé de la recourante s'est aggravé dans une mesure justifiant l'augmentation de la demi-rente d'invalidité.

A/2448/2011 - 12/17 -

E. 5

a) Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon 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 raisonnablement 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. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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). En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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.

E. 6

S'agissant de la révision du droit à la rente, l'art. 17 al. 1er LPGA dispose que 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 1er 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 propres 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 (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich, n. 21 ad art. 17; ATF 130 V 343 consid. 3.5).

A/2448/2011 - 13/17 - 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). On ajoutera que le motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA I 406/05 du 13 juillet 2006, consid. 4.1).

E. 7

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4; ATF 115 V 133, consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2).

b) 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 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 (ATF 125 V 351, consid. 3; ATF 122 V 157, consid. 1c).

c) 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

A/2448/2011 - 14/17 - d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'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 351, consid. 3b/bb).

d) 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). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2).

E. 8

Le rapport d'expertise du Dr K_____ correspond en tous points aux réquisits jurisprudentiels développés ci-dessus. Il se fonde en effet sur l'étude du dossier complet de la recourante, complété par un entretien avec le médecin traitant de celle-ci, et contient une anamnèse détaillée. L'expert a également relaté les plaintes de l'assurée, et ses diagnostics reposent sur un examen clinique poussé. Il a par ailleurs exposé de manière convaincante les motifs qui le conduisaient à s'écarter des diagnostics posés par le Pr D_____ et la Dresse J_____, et ses conclusions sont parfaitement claires. S'agissant du rapport de la Dresse J_____, il ne satisfait pas aux critères formels pour se voir reconnaître de valeur probante, puisqu'il ne contient pas d'anamnèse ni de status. De plus, comme le relève l'expert, les diagnostics que cette psychiatre a posés reposent sur les réponses données par la recourante à des questionnaires d'auto-évaluation et ne sont pas corrélés par des observations cliniques faites à l'occasion d'un examen. Quant au rapport du Dr I_____, médecin traitant, du 10 mars 2008, il n'est pas non plus conforme aux exigences de la jurisprudence permettant de reconnaître la valeur probante d'un rapport médical, les diagnostics posés ayant été infirmés par l'expert. Par ailleurs, il ne se prononce pas sur la capacité de travail de la recourante.

A/2448/2011 - 15/17 - La Cour de céans ne s'écartera dès lors pas des conclusions du Dr K_____, selon lesquelles la recourante dispose d'une capacité de travail de 50 % au plan psychique dans son ancienne activité, et celle-ci ne les conteste d'ailleurs pas.

E. 9

La recourante fait en revanche grief à l'intimé de ne pas avoir retenu d'aggravation de son état de santé, alors que le Dr K_____ a conclu à une incapacité de travail de 50 % contrairement au Pr D_____ qui n'avait pas retenu de troubles psychiques ayant des répercussions sur sa capacité de travail. Cet argument tombe manifestement à faux, puisque l'intimé s'est rallié aux conclusions du Dr K_____ et a donc admis l'aggravation des troubles psychiques. Cependant, la recourante perd de vue que 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). En l'espèce, dans la mesure où l'incapacité de gain due aux problèmes psychiques est identique à celle qui résulte de la pathologie somatique, la dégradation de l'état de santé de la recourante n'a pas d'incidence sur sa capacité de gain et, partant sur son degré d'invalidité. Les calculs de la recourante, qui affirme que son degré d'invalidité est de 18.5 %, ne peuvent en effet pas être suivis. A l'appui de ses calculs, elle affirme être totalement incapable de travailler trois mois par an, en sus de l'incapacité de travail continue de 50 %, et cite à cet égard le résumé par l'expert psychiatre du rapport du Dr A_____ du 15 juillet 2000. Or, les termes exacts de ce rapport ne permettent pas de conclure à la survenance régulière de périodes d'incapacité de travail totale, contrairement à ce que la recourante affirme, puisque ce dernier a attesté d'une incapacité de travail totale du 14 janvier au 1er mai 2000 uniquement. Les rapports médicaux versés au dossier par la suite ne permettent par ailleurs pas de conclure à une aggravation des problèmes physiques de la recourante. Dans son courrier du 20 février 2008, le Dr G_____ a ainsi expressément admis ne pas pouvoir se prononcer de manière claire sur les atteintes dont souffrait la recourante en raison du

manque de collaboration de celle-ci. Quant au rapport du Dr F_____ du 3 août 2010, il ne mentionne pas de nouvelles atteintes à la santé, mais fait état de diagnostics somatiques présents depuis l'enfance. Ceux-ci ont cependant été pris en compte lors de l'évaluation de la capacité de travail de la recourante du point de vue physique, qui a abouti à l'octroi d'une demi-rente en 1992. Si ce médecin a certes indiqué que la capacité de travail de la recourante était nulle depuis le mois d'août 2000, cette conclusion n'est guère motivée et est contraire aux avis des médecins qui la traitaient à cette époque, soit les Drs A_____ et C_____. Il semble par ailleurs que le Dr F_____ ait admis qu'il existait une capacité de travail résiduelle lors de

A/2448/2011 - 16/17 - son entretien avec l'expert. Les allégations de la recourante, selon lesquelles elle souffre d'une incapacité de travail totale trois mois par année ne sont ainsi nullement démontrées. Les épisodes réguliers de septicémie et les comas profonds qu'elle affirme avoir subis ne sont d'ailleurs pas documentés. Elle n'a en particulier produit aucun certificat d'hospitalisation, ce qui paraît pour le moins étonnant compte tenu de la gravité des atteintes invoquées. Le Dr B_____ a rapporté une seule septicémie et le Dr G_____ deux infections de ce type. Le Dr F_____ a certes mentionné plusieurs épisodes de septicémie dans ses rapports des 11 juin 2008 et 3 août 2010, sans plus de précision quant à leur nombre. On ignore de plus quand ils seraient survenus et leur durée, de sorte qu'on ne peut se fier à ces indications pour admettre une aggravation des troubles physiques de la recourante. On ajoutera à cet égard que le Dr F_____ a confié à l'expert que la recourante avait tendance à exagérer les symptômes et que le Dr K_____ a lui-même noté un décalage entre les descriptions des atteintes par le médecin traitant et celles de l'assurée. Compte tenu de ces éléments, la Cour de céans ne saurait retenir une diminution de la capacité de travail liée à une aggravation des problèmes physiques. Par ailleurs, l'expert psychiatre a retenu une incapacité de travail de 50 % pour troubles psychiques sans se référer à la capacité de travail d'ores et déjà diminuée par les atteintes somatiques. Contrairement à ce qu'allègue la recourante, cette réduction s'entend de manière absolue et ne se calcule pas sur le rendement déjà limité en raison des problèmes physiques. En effet, l'expert a expressément indiqué que la capacité de travail était stable depuis 2000, nonobstant l'aggravation des troubles psychiques survenue dans l'intervalle. Partant, s'il y a bien eu une dégradation de l'état de santé psychique depuis l'octroi pour des motifs somatiques de la demi-rente en 1992, c'est à juste titre que l'intimé a retenu que ses répercussions sur la capacité de travail se confondent avec celles qu'entraînent les affections pulmonaires de la recourante et ne modifient pas son droit à la rente.

E. 10

Manifestement mal fondé, le recours sera rejeté. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

A/2448/2011 - 17/17 - 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.