

GE_GERICHTE ATAS/338/2013 vom 8. April 2013

GE Cour de justice, 2013-04-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_338_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/338/2013 du 8 avril 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/338/2013 del 8 aprile 2013

Erwägungen

E. 25

% depuis le 1er octobre 2010. 58. Le 25 septembre 2010, le Dr O _____ a rendu un rapport médical intermédiaire AI indiquant que l'état de santé s'était aggravé par l'apparition depuis le printemps 2010 de faiblesse de flexion de la hanche droite, avec engourdissements et douleurs lombaires basses et que la capacité de travail était de 20 à 30 % en raison d'asthénie, fatigabilité rapide, douleurs dans les hanches, genoux et hanche droite. 59. Le 27 septembre 2010, le Dr R _____ a écrit à l'OAI que l'assurée présentait une importante asthénie généralisée associée à une sensation de faiblesse des membres inférieurs et que l'activité de vendeuse était limitée à 25 % en raison de l'importante asthénie. 60. Par communication du 29 septembre 2010, l'OAI a maintenu la demi rente d'invalidité de l'assurée. 61. Le 14 octobre 2010, le Dr R _____ a attesté que l'assurée présentait des douleurs des membres inférieurs en rapport avec une lombosciatalgie droite sur troubles dégénératifs étagés du rachis lombaire et aussi liées à la maladie

A/1944/2012 - 9/23 - démyélinisante entraînant une limitation de la capacité de travail à 25 % comme vendeuse en épicerie. 62. Le 18 octobre 2010, l'assurée a écrit à l'OAI qu'elle avait travaillé à l'épicerie à 40 % du 1er août 2008 au 1er mai 2009 puis à 25 % du 1er mai 2009 au 15 juin 2010, qu'elle avait été licenciée, que sa situation s'était aggravée (plus de douleurs, plus de difficultés à la marche, jambe bloquée, manque de force) et qu'elle demandait qu'il soit réellement tenu compte de ses séquelles. 63. Par décision du 21 octobre 2010, l'OAI a maintenu le droit de l'assurée à une demi- rente d'invalidité. 64. Le 15 novembre 2010, l'assurée a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision précitée en invoquant une aggravation de son état de santé (procédure A/3942/2010) 65. Le 16 novembre 2010, le Dr O _____ a attesté que l'assurée subissait des effets secondaires de son traitement de Rebif®, incapacitant quelques fois le lendemain, et souffrait donc de fatigue, de paresthésies diverses, de douleurs fluctuantes liées à sa maladie, outre une lombosciatalgie droite apparue en 2009 sur troubles dégénératifs étagés du rachis restreignant à 25 % sa capacité de travail comme l'estimait le Dr R _____. 66. Le 2 décembre 2010, la Dresse W _____ du SMR a estimé qu'il y avait nettement une aggravation de l'état de santé justifiant une instruction complémentaire. 67. Le 13 décembre 2010, l'OAI a conclu au renvoi du dossier pour instruction complémentaire. 68. Par arrêt du 10 janvier 2011 (ATAS/32/2011), la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice, (compétente depuis le 1er janvier 2011) a admis partiellement le recours, annulé la décision du 21 octobre 2010 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. 69. Le 11 avril 2011, le Dr R _____ a écrit à l'OAI, à la demande de celui-ci, que la capacité de travail dans un poste adapté aux limitations fonctionnelles était de 25 % compte tenu d'une oculomotricité saccadée, d'une limitation de mouvement d'élévation et de rotation du bras gauche

(inflammation de la capsule de l'épaule) et du rachis lombaire, ainsi que des troubles de la sensibilité du membre inférieur gauche. 70. Le 30 avril 2011, le Dr O_____ a écrit à l'OAI, à la demande de celui-ci, que l'assurée se plaignait de fatigue après deux heures de présence dans son ancien travail de vendeuse, qu'était ensuite apparu un lumbago en septembre 2008, des

A/1944/2012 - 10/23 - troubles douloureux articulaires en juin 2009 (épicondylite du coude droit) et des douleurs plus insistantes depuis février 2010 au poignets, lombaires, à la hanche droite et à l'épaule gauche (évoquant un début de capsulite), et que la capacité résiduelle était faible soit de deux heures maximum par jour dans un poste adapté. 71. A la demande de l'OAI, le Dr S_____ a rendu un rapport d'expertise le 18 septembre 2011, après avoir examiné l'assurée le 19 août 2011 et mandaté un bilan neuropsychologique effectué le 30 août 2011. S'agissant de la sclérose en plaques, l'expert relève que les éléments cliniques et paracliniques permettaient de conclure à l'absence de toute manifestation et d'évaluation de type secondairement progressives depuis la précédente expertise. S'agissant des cervicalgies, elles s'étaient aggravées et des douleurs du rachis dorso- lombaire et des céphalées étaient apparues, un manque de force global des quatre extrémités, des blocages de hanche, des paresthésies et gonflement des mains et des pieds. L'assurée se plaignait d'effets secondaires au traitement de Rebif® (syndrome pseudo grippal avec douleurs, maux de tête, fatigue), d'un état anxio-dépressif réactionnel, de l'extension des douleurs cervicales à l'ensemble du rachis et aux quatre extrémités avec manque de force global et troubles sensitifs distaux. L'examen neuropsychologique a conclu à des troubles attentionnels et des troubles du rappel en mémoire verbale. Les diagnostics posés étaient les suivants :

- sclérose en plaques (forme poussées-rémissions sans rémission; 1ère manifestation en février 2006; - Rachialgies et douleurs au niveau des quatre extrémités d'origine plurifactorielle (début courant 2004); - Trouble attentionnels, dysexécutifs et mnésiques modérés (présents depuis une Période indéterminée).

L'évolution depuis la précédente expertise de la sclérose en plaque avait été favorable avec l'absence de toute poussée sur le plan neurologique; l'examen neurologique était normal concernant le système nerveux central; les IRM montraient une stabilisation des lésions, la seule complication étant la fatigue et l'effet secondaire de la médication; concernant l'état dépressif la situation semblait être superposée à ce qu'elle était lors de l'expertise préalable; quant aux douleurs, le manque de force et les troubles sensitifs, il y avait des altérations dégénératives disco vertébrales modérées au niveau cervical et lombaire expliquant au moins en partie les douleurs cervicales et lombaires, une tendinopathie calcifiante du grand

A/1944/2012 - 11/23 - trochanter droit expliquant les douleurs aux membre inférieur droit ainsi qu'une épicondylite; quant aux douleurs généralisées des articulations il n'y avait pas de composante neurologique mais une éventuelle affection rhumatismale ou une forme de fibromyalgie.

Dans une activité légère, sans port régulier de charges de plus de 15 kilos, sans mouvement de force et répétitifs des membres supérieurs, permettant l'alternance des positions, sans position fixe de la nuque et sans nécessité d'un apprentissage important la capacité de travail de l'assurée restait de 50 %.

Une expertise rhumatologique visant à apprécier la part rhumatologique des douleurs au niveau des quatre extrémités était éventuellement nécessaire 72. Le 11 janvier 2012, le Dr

A _____, a rendu, à la demande de l'OAI, un rapport d'expertise fondé notamment sur un examen clinique du 9 janvier 2012. L'assurée se plaignait d'un état d'épuisement, d'une diminution de la force des membres inférieurs prédominant aux genoux, de lombalgies avec douleurs du membre inférieur droit, d'omalgies bilatérales, de douleurs cervicales, d'algies des poignets et de mains avec tuméfactions des doigts. Il a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de : - lombos-pseudo-sciatalgies chroniques - troubles disco-dégénératifs importants du rachis lombaire - status après cure de hernie discale C6-C7 et cage intersomatique le 17 septembre 2006. et sans répercussion sur la capacité de travail de douleurs musculo-squelettiques globales d'origine indéterminée. Au-delà d'un status après cure de hernie discale C6-C7 et mise en place d'une cage intersomatique de ce segment, se rajoutant des troubles disco-dégénératifs étagés prédominant toutefois en L5-S1 avec pour retentissement fonctionnel une certaine restriction à la limitation cervicale, s'accompagnant de contractures paracervicales droites du muscle trapèze de même que paralombaire droites avec des zones insertionnelles intéressant la crête iliaque et la musculature fessière de ce côté, rien ne permettait d'expliquer la globalité des symptômes douloureux allégués par l'assurée, algies intéressant non seulement le squelette axial mais aussi périphérique, l'anamnèse comme l'examen clinique conforté d'un bilan sanguin réalisé par le médecin traitant au mois d'août 2011 écartant un rhumatisme inflammatoire à l'origine des symptômes. Les douleurs musculo-squelettiques restaient par ailleurs non expliquées et étaient à intégrer à une éventuelle diminution du seuil de tolérance à la douleur dans le cadre d'une certaine souffrance

A/1944/2012 - 12/23 - psychologique voire à la maladie de base neurologique de sclérose en plaques ou à son traitement.

Du point de vue rhumatologique seul, l'incapacité de travail de l'assurée dans son activité professionnelle antérieure de nettoyeuse était entière.

Dans une activité professionnelle légère excluant les ports de charge au-delà de 10 kilos, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, travail excluant la position statique prolongée de la nuque, autorisant l'alternance de la position assise et debout au-delà deux heures, la capacité de travail de l'assurée était de 90 %, y intégrant une certaine diminution de rendement liée à la diminution de vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant le rachis et l'éventualité de prendre des pauses supplémentaires.

Du point de vue thérapeutique, l'expert n'avait pas de proposition particulière à formuler du point de vue rhumatologique au-delà de la poursuite des médicaments antalgiques et anti-inflammatoires à la demande, complété par une activité physique régulière à même d'éviter les rétractions musculaires et le raidissement articulaire.

La capacité de travail était de 90 % trois mois après l'intervention chirurgicale cervicale de septembre 2005. 73. Le 18 avril 2012, le Dr B _____ du SMR a rendu un avis selon lequel les expertises rhumatologique et neurologiques étaient convaincantes de sorte que la capacité de travail était nulle dans l'activité de nettoyeuse depuis 2005 et de 50 % dans une activité adaptée depuis 2006. Il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé. 74. Par projet de décision du 25 avril 2012 et décision du 4 juin 2012, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité de 50 % de la recourante. 75. Le 8 mai 2012, le Dr O _____ a rédigé une attestation médicale relevant que l'assurée souffrait d'une sclérose en plaques invalidante et estimait la décision de rente de l'AI totalement contestable; depuis l'évaluation précédente, son aptitude à effectuer un travail de manière régulière était quasi nul, elle souffrait de

douleurs, de symptômes invalidants fluctuants qui ne pouvaient être prévus et de troubles dégénératifs du système ostéo-articulaire (rachis, épaule); elle présentait de multiples limitations de sa capacité de travail entraînant une incapacité de travail totale et justifiant l'octroi d'une rente AI de 100 %. 76. Le 15 juin 2012, le Dr C _____, FMH psychiatrie et psychothérapie a indiqué qu'il suivait l'assurée depuis 2012. Elle avait présenté en 1996 des insomnies et un état d'anxiété puis une décompensation dépressive et anxieuse grave justifiant une hospitalisation

A/1944/2012 - 13/23 - psychiatrique; elle souffrait de douleurs massives post-injection de Rebif® l'obligeant à s'aliter un ou deux jours et restreignant progressivement les activités et le périmètre d'action; les gestes de la vie quotidienne devenaient difficiles; son incapacité de travail était nulle de façon certaine depuis environ deux ans; elle était désespérée avec l'apparition d'idées suicidaires; il était urgent de prendre en compte sa souffrance physique intense et son désespoir. 77. Le 20 juin 2012, le Dr R _____ a certifié d'une aggravation de l'état de santé avec douleurs diffuses cervico-dorsales et des membres inférieurs et supérieurs proximement, d'une fatigabilité accrue et d'une limitation progressive des activités de la vie quotidienne, avec des périodes d'alitement de plus en plus longues, justifiant une incapacité de travail totale et une rente AI de 100 %; elle était également suivie pour un état dépressif. 78. Le 25 juin 2012, l'assurée a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice en invoquant une aggravation de la fatigue et des douleurs dorsales avec blocage de la jambe et des épaules, des fourmillements dans les jambes, bras et cuisses; elle allègue que certains jours elle n'arrive pas à marcher et qu'elle souffre beaucoup au réveil si elle passe beaucoup de temps allongée, qu'elle n'arrive parfois pas à se faire à manger par manque de force, qu'elle réagit mal à son traitement médicamenteux et que ses pensées sont très négatives ayant déjà pensé à mourir. 79. Le 19 juillet 2012 la Dresse W _____ du SMR a estimé que le certificat du Dr C _____, psychiatre du 15 juin 2012 n'était pas susceptible de modifier l'avis du SMR du 18 avril 2012, faute d'éléments cliniques objectifs. 80. Le 23 juillet 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours en se fondant sur les expertises des Drs S _____ et A _____. 81. Le 3 septembre 2012, la Cour de céans a entendu l'assurée en audience de comparution personnelle, elle a déclaré : "Actuellement, je ne travaille plus du tout et cela depuis le 30 juin 2010. Je me suis ensuite inscrite au chômage et mes indemnités se sont terminées en avril 2012. J'étais en recherche d'emploi pour un travail à 25 %, mais je n'ai rien trouvé. J'ai des douleurs 24 h. / 24 h. dans tout le corps, en particulier dans les articulations, comme un état grippal. Le traitement de la sclérose en plaques consiste en piqûres dans le ventre trois fois par semaine. Je prends toujours 44 mg. de Rebif. Ce médicament me donne des effets secondaires sous la forme d'un état grippal qui est constant et qui m'oblige à prendre huit antidouleurs par jour (Irfen 600 et Codafalgan). Si je ne prends pas ces médicaments, je n'arrive pas à marcher. Mon dos et mes hanches se bloquent et je manque de forces dans les genoux. J'ai également des blocages dans les épaules depuis un an et demi. Mon état s'est aggravé depuis un an et demi par l'apparition de blocages dans les épaules, le dos et

A/1944/2012 - 14/23 - les hanches. J'ai également des fourmillements dans tout le dos. Les douleurs sont un effet secondaire du traitement, mais pas les blocages. Je dois m'aliter plusieurs fois par jour. Je manque aussi de forces. Je m'estime totalement incapable de travailler. Je vois tous les mois mon médecin traitant, le Dr O _____, et une fois tous les trois mois environ le Dr R _____, ainsi qu'une fois par semaine le Dr C _____.

Parfois, j'ai aussi les mains qui gonflent, mais l'expert rhumatologue a exclu un rhumatisme. Au début, je prenais 20 mg. de Rebif, puis mon médecin a augmenté la dose à 44 mg. qui est la dose maximale. Mon médecin ne m'a pas proposé un autre médicament que le Rebif pour la sclérose en plaques. Avec le froid, le blocage des jambes s'accroît. C'est ce qui m'est arrivé un jour de 2007 où je suis restée bloquée sans pouvoir marcher. J'ai ensuite été hospitalisée trois jours, puis j'ai changé de médecin et j'ai consulté le Dr R_____ qui m'a augmenté la dose de Rebif à 44 mg. Je pense que c'était en décembre 2007. Je précise que lorsqu'il fait froid, je ne peux pas sortir". 82. Le 1er octobre 2012, la recourante a transmis une attestation du 29 septembre 2012 du Dr O_____ selon laquelle elle avait présenté fin septembre une rétinite aiguë de l'œil droit et que son état s'était aggravé et une attestation du 27 septembre 2012 du Dr R_____ selon laquelle elle avait présenté à mi-septembre 2012 une poussée de sclérose en plaques nécessitant un traitement ambulatoire aux HUG durant cinq jours, ainsi qu'une attestation du service d'ophtalmologie des HUG selon laquelle elle s'était présentée aux urgences le 18 septembre 2012 où une névrite optique rétrobulbaire avait été diagnostiquée. 83. Par ordonnance du 2 octobre 2012 (ATAS/1185/2012), la Cour de céans a confié une expertise au Dr D_____, FMH spécialiste en neurologie. 84. Le 5 février 2013, le Dr D_____ a rendu son rapport d'expertise. L'assurée se plaignait de douleurs permanentes, comme une sensation d'état grippal, de blocages de la hanche droite, de fatigue, de troubles de la concentration, de déprime, de gêne à la marche au niveau des genoux, d'un manque de force au membre inférieur droit et de craquements dans la tête. L'assurée présentait, avec répercussion sur la capacité de travail, une sclérose en plaques de forme poussées-rémissions avec status après trois névrites optiques rétrobulbaires, traitement par Interféron Bêta 1a depuis mai 2007 et score EDSS 0. La situation était stabilisée avec un traitement de Rebif. Le tableau subjectif était d'origine mixte avec une composante organique soit une fatigue liée à la sclérose en plaques, un état pseudo-grippal lié au traitement par Interféron Bêta 1, mais majoré par une composante non organique. La fatigue organique, les effets secondaires de l'Interféron Bêta 1, devaient être considérés comme responsables d'une limitation de la capacité de travail, afin que le malade puisse se reposer. Une capacité de travail de 50 % semblait parfaitement adaptée à une telle situation. Quant aux limitations de poids, elles étaient essentiellement liées à la problématique du rachis, et correspondaient à celles établies par le Dr E_____, à savoir les charges supérieures à 10 kg, les mouvements répétitifs

A/1944/2012 - 15/23 - de la nuque et du rachis en porte-à-faux, la position statique prolongée de la nuque; le travail devait autoriser l'alternance de la position assise et debout aux deux heures. L'état de santé ne s'était pas aggravé depuis le 24 juin 2009. Une activité à 50 % respectant les limitations fonctionnelles était exigible. Il n'était pas d'accord avec les avis des Drs O_____ (8 mai 2012) et R_____ (20 juin 2012) car le tableau était essentiellement subjectif, caractérisé par une fatigue, et un syndrome douloureux diffus. Concernant la fatigue, il s'agissait d'un symptôme observé chez la majorité des patients souffrant de sclérose en plaques. Il s'agissait d'un symptôme certes invalidant, mais qui le plus souvent n'interférait pas avec la capacité professionnelle, ou de façon partielle. L'assurée décrivait tout de même une activité quotidienne, de lecture, de crochet, de sorte qu'elle devait être capable de travailler à mi-temps. Quant à la symptomatologie douloureuse, elle dépassait celle qui était habituellement décrite chez les patients traités par Interféron Bêta 1a, soit le plus souvent des douleurs à caractère pseudo-grippal pendant quelques heures, qui répondaient bien au traitement d'ibuprofène ou de paracétamol. Et non

pas un syndrome douloureux constant et chronique comme décrivait l'assurée. Si les médecins traitants semblaient convaincus qu'il s'agissait d'un effet secondaire du Rebif, il convenait alors de proposer à leur patiente une alternative thérapeutique, qui n'avait pas ces inconvénients, à savoir le Copaxone ou le Gilenya. 85. Le 19 février 2013, la Dresse W_____ du SMR a observé que l'expertise judiciaire était convaincante, que la capacité de travail était inchangée et que l'avis du SMR du 18 avril 2012 restait valable. 86. Le 4 mars 2013, l'intimé s'est référé à l'avis du SMR précité. 87. La recourante n'a pas formulé d'observations. 88. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. a) 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 b) 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

A/1944/2012 - 16/23 - 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). En l'espèce, l'objet du litige porte sur une demande de révision de la demi-rente d'invalidité de la recourante, à la suite de la dernière décision de l'OAI du 24 juin 2009. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008. En revanche, les modifications de la LAI du 18 mars 2011, en vigueur depuis le 1er janvier 2012 (6ème révision), ne sont pas applicables au cas d'espèce. 2. Interjeté en temps utile le recours est recevable (art. 60 LPGA). 3. 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 (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 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 (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). 4. a) Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. 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; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 1). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2) : 40 % au moins donne droit à un quart de rente; 50 % au moins à une demie rente; 60 % au moins à un trois quarts de rente et 70 % au moins à une rente entière. b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la

date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré.

A/1944/2012 - 17/23 - 5. a) On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1, ATF 127 V 10 consid. 4b). 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 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

A/1944/2012 - 18/23 - 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). b) Selon l'art. 88a RAI, en vigueur depuis le 1er mars 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une

complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2). 6. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé 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 (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. 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). b) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance- chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329). c) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités

A/1944/2012 - 19/23 - de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts I 350/89 précité consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). d) D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la

référence). 7. a) Le revenu d'invalidé 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 (ESS) 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). b) 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

A/1944/2012 - 20/23 - avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a). 8. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). 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. 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 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). b) 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

A/1944/2012 - 21/23 - 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). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). d) En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). e) Le juge ne s'écarte en principe 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/aa et les références). 9. En l'espèce, la recourante allègue une aggravation de son état de santé depuis 2010, soit postérieurement à la dernière décision de l'OAI du 24 juin 2009 fixant son droit à une demi-rente d'invalidité. La Cour de céans, en présence de rapport médicaux contradictoires (avis des Drs O_____ du 8 mai 2012, R_____ du 20 juin 2012 et S_____ du 18 septembre 2011) a ordonné une expertise neurologique judiciaire. L'expertise judiciaire du Dr D_____ a conclu à l'absence d'aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la dernière décision de l'intimé du 24 juin 2009 et à

A/1944/2012 - 22/23 - une capacité de travail inchangée, soit de 50 %, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles fixées dans l'expertise rhumatologique. Il y a lieu de reconnaître la valeur probante de cette expertise, au sens de la jurisprudence précitée, dès lors qu'elle repose sur un examen complet du dossier, qu'elle est fouillée et comporte des conclusions claires et bien motivées. En particulier, l'expert a expliqué de façon convaincante pour quelles raisons il s'écartait des avis des Drs O_____ (du 8 mai 2012) et R_____ (du 20 juin 2012) concluant à une incapacité totale de travail de la

recourante. La recourante, qui n'a pas fait d'observation, n'a d'ailleurs pas contesté ce rapport; quant à l'intimé, il s'est rallié à ses conclusions. 10. a) Au vu de ce qui précède, la Cour de céans constate que selon l'expertise judiciaire, laquelle rejoint celle du Dr S _____, l'état de santé de la recourante ne s'est pas aggravé depuis la décision de l'OAI du 24 juin 2012 de sorte que le recours ne peut qu'être rejeté et la décision litigieuse du 4 juin 2012 de refus d'augmentation de la rente d'invalidité, confirmée. b) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Un émolument de 200 fr. sera ainsi mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

A/1944/2012 - 23/23 - 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.