

GE_GERICHTE ATAS/563/2013 vom 4. Juni 2013

GE Cour de justice, 2013-06-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_563_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/563/2013 du 4 juin 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/563/2013 del 4 giugno 2013

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

A/2751/2012 - 9/15 - 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, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 3

Le litige porte sur le point de savoir si l'état de santé de l'assurée s'est aggravé depuis septembre 2009, date à laquelle son droit à une demi-rente d'invalidité avait été confirmé.

E. 4

L'art. 17 al. 1er loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) 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).

E. 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).

E. 6

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). Il convient encore de souligner qu'aux termes

A/2751/2012 - 10/15 - de l'art. 17 al. 1 LPGA, il n'est pas nécessaire que l'état de fait subisse une modification notable. Au sens de cette disposition, est seule déterminante la modification du taux d'invalidité quand bien même elle repose sur un changement peu important de l'état de fait (ATF 133 V 545 consid. 6.3).

E. 7

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).

E. 8

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). 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. 9

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le jugement, 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, à ce motif, 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 et les références).

E. 10

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61

A/2751/2012 - 11/15 - let. c LPGA), le jugement n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V160 consid. 1c).

E. 11

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. Ainsi, en principe, 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).

E. 12

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. 13

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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances

A/2751/2012 - 12/15 - sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 14

Il convient de rappeler que, par décision du 30 juin 2006, l'OAI avait reconnu le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité du 9 décembre 2003 au 1er mars 2006, puis à une demi-rente. Il s'était fondé, d'une part, sur les rapports des médecins traitants, selon lesquels la capacité de travail était nulle depuis décembre 2002, date à laquelle l'épendymome avait été diagnostiqué et, d'autre part, sur l'expertise multidisciplinaire du 31 janvier 2006, selon laquelle, sur le plan somatique, une capacité de 50% dans l'activité exercée jusqu'ici était exigible à partir de décembre 2005, date à laquelle l'expertise avait été réalisée. Suite à une demande de révision déposée par l'assurée, le droit à la demi-rente a été confirmé le 21 septembre 2009, le Dr O_____ ayant attesté que l'état de santé était resté stationnaire. Le 24 octobre 2011, l'assurée a à nouveau fait valoir une aggravation de son état de santé depuis septembre 2009, en raison de l'augmentation des douleurs et d'une perte de sensibilité à droite. Par décision du 3 février 2012, l'OAI a considéré qu'aucun élément nouveau ne justifiait la révision du dossier. Il se réfère aux constatations du Dr O_____ selon lesquelles "ce sont avant tout des conditions socio-familiales difficiles qui ont entraîné une augmentation des douleurs" et rappelle que le médecin indique que l'état de santé de sa patiente est stationnaire. Dans son recours, l'assurée reproche à l'OAI d'avoir refusé, malgré l'avis concordant de ses deux médecins traitants qui concluent à une aggravation de son état psychique, d'instruire ce volet, ce qui confirme le fait que l'instruction de sa demande a été insuffisante. Elle admet que le Dr O_____ qualifie son état de santé de stationnaire, mais rappelle que celui-ci a toujours considéré que sa capacité de travail était nulle.

E. 15

Il est vrai que le Dr O_____, tout en attestant d'un état de santé stationnaire, déclare, le 9 décembre 2011 qu'une reprise de travail n'est pas possible et le 13 mars 2012 que l'assurée n'est vraisemblablement pas apte à 50%. La Cour de céans constate toutefois qu'en 2003 déjà, ainsi que chaque fois que la question lui est posée, soit en août 2005, en septembre 2009, en décembre 2011 et en mars 2012, le Dr O_____ déclare sans varier que la capacité de travail est nulle. Il ne fait en revanche à aucun moment état de la survenance de nouvelles atteintes. Le 6 novembre 2012, il explique que sur le plan somatique, "l'invalidité de la patiente ne dépasse pas 50% comme cela avait été admis", mais constate que sa situation psychologique s'est passablement aggravée avec les années, qu'en raison des difficultés conjugales chroniques et importantes, un état dépressif s'est installé, ce qui a fortement diminué sa résistance aux douleurs séquellaires de l'intervention

A/2751/2012 - 13/15 - neurologique, qu'elle est suivie par un psychiatre pour cette raison et que cet état a pour conséquence qu'elle n'a pas la possibilité d'effectuer un travail représentant les 50% non couverts par l'assurance-invalidité. Il en conclut que "c'est donc essentiellement la situation sociale et psychologique de la patiente qui motive l'aggravation

au niveau de sa santé et qui la rend invalide à 100%." La Dresse N_____ décrit également dans son certificat du 1er décembre 2012 des difficultés sur le plan psychique impliquant une incapacité de travail de 100% en 2003 déjà. Elle constate que la situation familiale empire au cours des années, de sorte qu'elle retient actuellement "la persistance d'un trouble dépressif majeur récurrent sévère sans caractéristiques psychotiques".

E. 16

Il y a lieu d'observer que la situation en relation avec les séquelles dues à l'épendymome est stable. Le Dr O_____ a à cet égard confirmé que les contrôles neuroradiologiques pratiqués dans les années qui ont suivi l'intervention pratiquée en 2003 n'ont jamais montré de récurrence de la tumeur. Le médecin a admis que dans ce cadre, l'invalidité de sa patiente ne dépassait pas 50%. Les médecins traitants allèguent en revanche une aggravation progressive de l'état psychique de l'assurée, la Dresse N_____ posant actuellement un trouble dépressif majeur récurrent sévère. Ce médecin toutefois ne motive pas son diagnostic. Elle se borne à préciser que l'assurée vient "la revoir en entretiens lors des périodes où son état général s'affaiblissait". On peut à cet égard s'étonner que celle-ci ne la consulte pas à un rythme plus régulier et plus fréquent, dans la mesure où un diagnostic de trouble dépressif majeur récurrent sévère est retenu. Elle explique l'état de santé psychique de sa patiente par les difficultés conjugales et une fatigabilité importante, lesquels rendent difficile l'accomplissement des tâches quotidiennes. Le Dr O_____ a de même indiqué que c'était essentiellement la situation sociale et psychologique de la patiente qui motivait l'aggravation de son état de santé. Or, si la Cour de céans est consciente des difficultés rencontrées par l'assurée et du caractère préoccupant de ses problèmes familiaux, il s'agit-là de facteurs étrangers à l'invalidité qui ne peuvent être pris en considération. En effet, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance- vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n°1209 p. 335). Il y a également lieu de relever que les médecins traitants estiment tous deux l'incapacité de travail à 100% depuis 2003. Dès lors, l'aggravation dont ils font état

A/2751/2012 - 14/15 - ne constitue vraisemblablement pas un changement des circonstances suffisamment important pour justifier une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA, étant au surplus rappelé qu'il n'y a pas non plus matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la diminution ou de l'augmentation de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. La Cour de céans renonce à procéder à des enquêtes, et plus particulièrement à entendre le Dr O_____, considérant qu'elle est suffisamment renseignée en l'état au vu des pièces du dossier et des nombreux rapports de ce médecin.

E. 17

Eu égard à ce qui précède, le recours est rejeté.

E. 18

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émoulement, l'assurée étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais , émoulements et indemnités en

procédure administrative du 30 juillet 1986; RS E 510. 03).

A/2751/2012 - 15/15 - 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.