

GE_GERICHTE ATAS/633/2018 vom 9. Juli 2018

GE Cour de justice, 2018-07-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_633_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/633/2018 du 9 juillet 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/633/2018 del 9 luglio 2018

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 - 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

La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - RS/GE E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art. 69 LAI).

E. 3

Le point de savoir si une partie a la qualité pour agir (ou légitimation active) ou la qualité pour défendre (légitimation passive) - question qui est examinée d'office (cf. ATF 110 V 347 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_40/2009 du 27 janvier 2010 consid. 3.2.1) - se détermine selon le droit applicable au fond, également pour la procédure de l'action soumise au droit public. En principe, c'est

A/3777/2017 - 14/25 - le titulaire du droit en cause qui est autorisé à faire valoir une prétention en justice de ce chef, en son propre nom, tandis que la qualité pour défendre appartient à celui qui est l'obligé du droit et contre qui est dirigée l'action du demandeur (RSAS 2006 p. 46 ; cf. ATF 125 III 82 consid. 1a). La qualité pour agir et pour défendre ne sont pas des conditions de procédure, dont dépendrait la recevabilité de la demande, mais constituent des conditions de fond du droit exercé. Leur défaut conduit au rejet de l'action, qui intervient indépendamment de la réalisation des éléments objectifs de la prétention du demandeur, et non pas à l'irrecevabilité de la demande (SVR 2006 BVG n° 34 p. 131 ; cf. ATF 126 III 59 consid. 1 et ATF 125 III 82 consid. 1a). À teneur de l'art. 60 de la loi genevoise du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative (LPA), les parties à la procédure qui a abouti à la décision attaquée (let. a) et toute personne qui est touchée directement par une décision et a un intérêt personnel digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (let. b) ont qualité pour recourir. Les lettres a et b de la disposition précitée doivent se lire en parallèle. Ainsi, le particulier qui ne peut faire valoir un intérêt digne de protection ne saurait être admis comme partie recourante, même s'il était partie à

la procédure de première instance (ATA/522/2002 du 3 septembre 2002 consid. 2b et les références citées). Selon l'art. 49 al. 4 LPGA, l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire. Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré. Touchée par ladite décision et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, la recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

E. 4

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 5

Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité entière, singulièrement de savoir si l'aggravation de son état de santé depuis la dernière décision de l'OAI statuant de manière complète sur le droit à la rente (15 novembre 2013), alléguée dans le cadre de sa demande de révision a été démontrée, et si c'est ainsi à juste titre que l'intimé lui a accordé une rente entière basée sur un taux d'invalidité de 100 %, dès le 1er août 2016.

E. 6

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).

A/3777/2017 - 15/25 - 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 (ATF 134 V 131 consid. 3 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). 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 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). 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 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).

E. 7

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). En vertu de l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un 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 (art. 28 al. 2 LAI). 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

A/3777/2017 - 16/25 - 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). 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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

E. 8

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). 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 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. À 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). 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/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la

A/3777/2017 - 17/25 - violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

E. 9

Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88a al. 1 RAI) ; on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (deuxième phrase de la disposition ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1).

E. 10

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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les

A/3777/2017 - 18/25 - références). 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 une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a ; 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b ; 122 V 162 consid. 1d).

E. 11

En l'espèce, il est établi que la demande de révision de la rente, reçue le 6 juin 2016, était fondée sur le rapport médical de la Dresse F_____, médecin traitant généraliste, du 20 mai 2016, qui retenait les diagnostics, avec effet sur la CT, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré à sévère ; troubles cognitifs en cours d'investigation, névralgies cervicobrachiales à droite sur discopathie protrusive C6-C7 avec limitation douloureuse de la mobilité, syndrome cervical sur troubles dégénératifs C5 à C7, protrusion discale C5-C6 gauche et C6-C7 droite ; omalgies gauche sur bursite sous-acromiale récidivante avec lésion fissuraire des trois-quarts du tendon supraépineux antérieur et distal ; cataracte bilatérale. À ce sujet, le médecin traitant a précisé que depuis l'octroi de la rente, l'état de santé de la patiente s'était péjoré, en ce qui concerne les cervicalgies, l'état dépressif et les difficultés de concentration, étant précisé que l'état des troubles cognitifs était encore en cours d'investigation. Elle indiquait expressément que l'incapacité de travail était de 100 % dans l'activité habituelle de secrétariat, dès le 19 avril 2016. On ne pouvait s'attendre actuellement à une reprise de l'activité professionnelle ; l'activité exercée n'était plus exigible. L'évolution et la modification de l'état de santé depuis l'octroi de la rente était une péjoration des

A/3777/2017 - 19/25 - cervicalgies, troubles visuels, de l'état dépressif et des difficultés de concentration. L'incapacité de travail était de 100 % dans son activité habituelle de

secrétariat, dès le 19 avril 2016. On ne pouvait s'attendre actuellement à une reprise de l'activité professionnelle, une activité exercée n'était plus exigible. Elle annexait d'ailleurs à son rapport médical deux autres documents médicaux, soit un rapport médical du neurochirurgien et la copie des instructions données à l'employeur par le médecin d'entreprise au sujet de la nécessité d'adaptation du poste et des conditions de travail, en raison des diagnostics ophtalmologiques posés. Il est constant que sur cette base, l'OAI, après avoir vérifié auprès de l'assurée qu'il devait considérer ce rapport médical comme une demande de révision de la rente, a confirmé à l'assurée que l'aggravation de l'état de santé était plausible, et qu'ainsi il entrait en matière sur cette demande. Il a donc poursuivi l'instruction médicale, et réuni des renseignements médicaux complémentaires auprès des divers spécialistes intervenant ou étant intervenus dans le dossier. Il sera revenu ci-après sur le détail des différents renseignements médicaux complémentaires recueillis dans le cadre de l'instruction, y compris par rapport aux diagnostics retenus dans la demande de révision, considérés à l'époque comme sans effet sur la CT par le médecin traitant. Une fois le dossier instruit, l'OAI a adressé à l'assurée un projet d'acceptation de rente entière sur la base d'un degré d'invalidité de 100 %, l'aggravation de l'état de santé entraînant une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 22 avril 2016, ne prenant effet que dès le 1er août 2016. L'assureur LPP a contesté ce projet de décision. L'OAI a encore recueilli des éléments supplémentaires dans le cadre de l'audition, et confirmé, dans sa décision du 2 août 2017, l'augmentation de la demi-rente servie jusque-là, en une rente entière dès le 1er août 2016, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %. En substance, PUBLICA a contesté les conclusions de l'OAI admettant l'aggravation de l'état de santé et portant le taux d'invalidité à 100 %, au motif que les documents médicaux produits seraient insuffisants pour se voir reconnaître une pleine valeur probante selon les critères de la jurisprudence, argumentation qu'elle a reprise dans le cadre de son recours par-devant la chambre de céans. Il y a dès lors lieu d'examiner si les objections de la recourante sont fondées. a. La recourante considère que du point de vue psychique, on ne peut parler d'aggravation, dès lors que l'un des deux diagnostics retenus en 2013 par le précédent psychiatre traitant (Dr P_____), est retenu également par l'actuelle psychiatre traitante. La Dresse K_____, a en effet retenu le trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33. 3) (recte : F33.2) Cette spécialiste situe le début de la longue maladie à 2010, retient une CT exigible de 0 %, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. À titre de restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes, la psychiatre traitante a retenu l'état dépressif dans un contexte de douleurs chroniques du MSD et d'antécédents somatiques lourds renvoyant au dossier somatique. Ces restrictions se manifestent au travail sous forme de troubles cognitifs, attentionnels et de

A/3777/2017 - 20/25 - concentration ; difficultés à gérer le stress, les tâches complexes, difficultés à la focalisation à l'organisation et la hiérarchisation des tâches, fatigabilité et distractibilité ; thymie anxio-dépressive, labilité émotionnelle, douleurs chroniques. Du point de vue médical, l'activité exercée n'est plus exigible, le rendement étant réduit à 100 %. Les renseignements anamnestiques reprennent ceux déjà évoqués précédemment par la neurologue. Elle retient une IT à 100 % dès le 16 février 2015 (actuellement en cours) délivrée par le médecin traitant somatique. Aucune mesure ne peut réduire les restrictions énumérées ; on ne doit pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou de l'amélioration de la CT. On ne saurait suivre la recourante en tant qu'elle observe que la psychiatre traitante actuelle ne mentionne pas d'aggravation de l'état de santé par rapport à ce diagnostic. Il tombe tout d'abord sous le sens - et le SMR l'a observé dans l'un de ces avis

médicaux - qu'un même diagnostic peut traduire des états très différents d'un sujet à un autre, d'intensité très différente, se traduisant dès lors de façon très différente en termes d'incapacité de travail, non seulement chez des patients différents, mais également chez un même patient à des périodes différentes, en fonction de son évolution. Dans le cas d'espèce, on peut aisément comprendre que la psychiatre traitante actuelle n'ait pas formellement parlé d'aggravation de l'état de santé, au sujet de ce même diagnostic : d'une part, elle n'était pas la psychiatre traitante de l'intéressée en 2013, de sorte qu'on peut concevoir qu'elle pût éprouver des réserves notamment intellectuelles à parler d'aggravation, dans la mesure où elle ne connaissait pas la patiente en 2013 et n'a donc pas pu procéder par comparaison objective. Il n'en demeure pas moins qu'en considérant, en 2016, que dans l'état actuel de la patiente, l'incapacité de travail était de 100 % dès le 16 février 2015 déjà, ce qui constitue en soi une aggravation par rapport à la situation telle qu'elle se présentait en 2013 au moment de l'octroi de la demi-rente d'invalidité, fondée sur un taux d'invalidité de 50 % à 60 %, selon l'avis de l'époque du psychiatre traitant. Or, cette détérioration de la capacité de travail est bien postérieure à la reprise de travail de l'intéressée à 50 % au printemps 2014. Cette aggravation est du reste confortée par le fait qu'à l'époque l'ancien psychiatre traitant avait émis un pronostic qui était de favorable à réservé : il considérait que l'état (psychique) de la patiente dépendrait des conditions extérieures et de son état de santé (sur le plan somatique par rapport à ses nombreuses atteintes). Il concluait à l'époque que la situation devrait être évaluée, dans une (reprise) d'activité professionnelle à 50 %. Or, c'est précisément peu après la reprise d'une activité professionnelle à 50 %, en 2014, que la situation s'est dégradée, tant sur le plan psychique, que sur le plan somatique, comme on le verra ci-après. On ne saurait davantage suivre la recourante, lorsqu'elle imagine même que l'on pourrait soutenir que l'état de santé psychique de la recourante se serait même amélioré, depuis la dernière décision d'octroi de la demi-rente, au motif que le second diagnostic psychiatrique posé à l'époque (troubles de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive) n'aurait pas été repris par la psychiatre traitante actuelle. Comme l'a justement fait observer le SMR, le fait que la psychiatre actuelle n'ait pas repris ce diagnostic ne présume en rien d'une

A/3777/2017 - 21/25 - amélioration de l'état de santé psychique de la patiente, mais s'explique tout au plus par le fait qu'à l'époque où il était retenu, ce diagnostic s'inscrivait dans le contexte d'un conflit au travail. Ce diagnostic avait d'ailleurs également été posé à l'époque par les médecins de la clinique de Montana, et précisément en raison de l'existence de ce conflit au travail. Ainsi eût-il été au contraire suspect, de la part de la psychiatre traitante actuelle, qu'elle retienne encore ce second diagnostic, dès lors que l'intéressée, éloignée de son environnement professionnel, présente toutes les chances de ne plus présenter ce même diagnostic. Mais une fois encore, cela n'a pas d'incidence sur le fait qu'à lui seul, comme le retient la psychiatre traitante actuelle, le diagnostic qu'elle retient ait pour conséquence une incapacité totale de travail, non seulement dans son activité habituelle, mais dans toute activité. Pour le surplus, le rapport de la psychiatre traitante est cohérent, fondé sur une pleine connaissance du dossier, et exempt de toutes contradictions. Il est convaincant et peut ainsi se voir reconnaître une pleine valeur probante. b. Il en va de même des considérations de la recourante par rapport au plan physique. Il suffit pour elle, à la suivre, que les diagnostics retenus dans le cadre de la demande de révision, par les médecins traitants, aient déjà été posés antérieurement pour que l'on doive exclure toute aggravation de l'état de santé, depuis la précédente décision d'octroi de rentes en décembre 2013. Là encore, la recourante ne saurait être suivie. Elle observe à nouveau, sur le plan physique,

que les diagnostics de cervicalgies (retenus tant en 2013 qu'en 2016 comme ayant un effet sur la CT) que ceux d'hypothyroïdie substituée, diabète, tout comme la cardiopathie ischémique (ceux-là ayant été considérés à l'époque comme sans effet sur la CT) ayant déjà été retenus à l'époque, cela devait conduire à la conclusion que l'on ne pouvait reconnaître d'aggravation de l'état de santé. Certes, la recourante, respectivement ses représentants s'exprimant en son nom ne sont pas médecins, et l'on ne saurait dès lors les blâmer de déductions ou d'observations erronées, lorsqu'ils prennent position par rapport à des questions médicales. Il n'empêche toutefois que les exemples de diagnostics choisis par la recourante, qui existaient déjà lors de la première décision de l'OAI, sont alignés pêle-mêle, sans distinction entre ceux ayant ou n'ayant pas d'incidence sur la CT ; ce qui a tout de même une grande incidence sur l'appréciation critique de la recourante des différents avis médicaux produits dans le cadre de la procédure de révision. Au lieu d'examiner l'évolution de chaque catégorie de diagnostics retenus (avec ou sans effet sur la CT) en 2013, par rapport à 2016, la recourante ne fait qu'énumérer sans distinction les diagnostics qui se retrouvent avant et après la première décision de l'OAI. Elle fait valoir que l'avis émis par la neurologue traitante ne devrait pas se voir reconnaître de valeur probante, au motif qu'elle mélange des diagnostics relevant de sa spécialité avec d'autres n'étant pas de sa compétence. Comme l'a relevé à juste titre le SMR, la neurologie est une sous-spécialité de la médecine interne, de sorte que l'on ne voit dès lors pas en quoi une spécialiste en neurologie, également spécialiste en médecine interne, ne

A/3777/2017 - 22/25 - pourrait pas valablement se prononcer, sinon relever d'autres diagnostics de médecine interne que strictement ceux relevant de la neurologie. On ne voit pas non plus de critiques fondées à ce qu'un interniste puisse, sinon doive, tenir compte d'un diagnostic posé par un autre spécialiste, notamment sur le plan psychique, pour poser une appréciation cohérente dans le domaine touchant sa propre spécialité. Ainsi, la recourante reproche à la neurologue non seulement d'avoir mélangé les diagnostics évoqués, comme relevé ci-dessus, mais également de ne pas avoir indiqué dans quelle proportion les troubles physiques et les troubles psychiques influenceraient actuellement la CT. Selon la recourante, une telle évaluation serait d'autant plus importante que la Dresse J_____ estime que les plaintes cognitives « seraient plutôt secondaires aux troubles psychiques ». La recourante ne semble pas réaliser que le qualificatif de « secondaires » n'évoque pas un caractère négligeable de ces troubles cognitifs, mais bien plutôt que leur nature, sinon leur intensité, sont, de façon significative, influencées par l'intensité des troubles psychiques. Du reste, à l'inverse, d'autres spécialistes (notamment psychiatre) étant intervenus dans le cadre de ce dossier, ont relevé que ses troubles psychiques sont eux-mêmes influencés et accentués par les très nombreuses atteintes somatiques dont souffre la patiente, et en particulier les complications du diabète connu de longue date, qui ont eu des répercussions notamment dans le domaine coronarien, et dans le domaine de la vue. Or, c'est précisément en procédant à cette évaluation tenant compte de la situation globale de l'état de santé de la patiente que la Dresse J_____ indique que « dans le contexte global où se trouve la patiente, cette dernière n'est clairement pas apte à travailler, que ce soit dans son activité actuelle, comme à un autre poste ». Et elle le justifie, notamment dans ses rapports des 3 juin, 31 août et 1er décembre 2016. L'approche est identique du côté du Dr G_____, neurochirurgien : dans son rapport du 16 mai 2017, il observe non seulement, sur le plan neurochirurgical, avoir eu l'occasion de revoir cette patiente pour une recrudescence de douleurs cervico-brachiales droites. Il précise qu'une année auparavant, il mettait tout ça sur le compte d'une discopathie cervicale. Un EMG pratiqué récemment montre qu'il s'agit

entre autres d'une atteinte du nerf cubital au coude, en plus de la contrainte cervicale. On assiste donc à une détérioration de la situation chez cette patiente, qui souffre d'une nouvelle atteinte, soit du nerf cubital du coude, en plus de la contrainte cervicale ; et qui relève également que du point de vue cardiaque, l'assurée a bénéficié d'une coronarographie élective pour ischémie myocardique à l'IRM cardiaque, et l'assurée a bénéficié de l'implantation de deux stents actifs. Sur ce dernier point, la recourante semble effectivement admettre une aggravation sur le plan cardiologique, ce qui est une réalité, dès lors que depuis la décision d'octroi de demi-rente, la patiente a subi une nouvelle coronarographie avec la pose de deux stents supplémentaires. Là encore les rapports des spécialistes neurologues, neurochirurgiens et médecins d'autres spécialités qui se sont prononcés et dont les avis ont été relevés ci-dessus et dans la partie en fait, sont cohérents, fondés sur une pleine connaissance du dossier, sont exempts de toutes contradictions. Ils sont convaincants et peuvent ainsi se voir reconnaître une pleine valeur probante.

A/3777/2017 - 23/25 - Il résulte de ce qui précède que, contrairement à ce que soutient la recourante, l'ensemble des médecins qui ont eu à connaître de l'état de santé de l'assurée, que ce soient ses médecins traitants, ou les spécialistes consultés ponctuellement ou à intervalles réguliers, s'accordent tous et unanimement à reconnaître non seulement l'aggravation de l'état de santé de l'assurée, depuis la décision de rente de décembre 2013, mais encore que dans son état actuel, la patiente est totalement incapable de reprendre une activité, que ce soit dans l'activité précédente qui était déjà une activité tenant compte de certaines limitations, mais dans toute autre activité. Il en va de même des avis constants exprimés par le SMR par rapport à ce dossier, dans le cadre de cette demande de révision, ce service médical ayant de manière constante confirmé, en dépit des objections soulevées par la recourante, le caractère convaincant de ces rapports médicaux. En revanche, la recourante n'a étayé ses objections par aucun avis médical susceptible de remettre sérieusement et objectivement en cause les conclusions convergentes de tous les médecins qui se sont prononcés dans le même sens, dans le cadre de ce dossier. Il en résulte que la chambre des assurances sociales considère, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assurée, consécutivement à l'aggravation de son état de santé depuis 2014 (soit pratiquement depuis la reprise de son activité professionnelle à mi-temps après la première décision d'octroi de la demi-rente par l'OAI), a bel et bien conduit à son incapacité de travail totale et durable correspondant à un degré d'invalidité de 100 %, lui donnant droit avec effet au 1er août 2016 à une rente entière d'invalidité.

E. 12

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Etant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

E. 13

L'appelée en cause sollicite l'octroi de dépens. Aux termes de l'article 61 let. g LPGA repris par l'article 89H al. 3 de la loi genevoise sur la procédure administrative (LPA), la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est régie par le droit cantonal. Le tribunal cantonal doit octroyer au recourant qui obtient gain de cause le remboursement de ses frais et dépens, dans la mesure qu'il fixera. L'article 61 let. g LPGA limite le droit à l'allocation de dépens à la personne du recourant. Toutefois, contrairement à la lettre restrictive de l'article 61 let. g LPGA, la jurisprudence a considéré que l'assuré, quelle que

soit sa qualité en procédure cantonale (i.e : recourant, demandeur ou intimé), pouvait prétendre à des dépens s'il obtient gain de cause (ATF 108 V 111 ; cf. également ATAS/737/2008). De même, l'intervenant peut, selon la doctrine, faire valoir des dépens s'il obtient gain de cause, qui devront être pris en charge par l'institution d'assurance ; si cette institution d'assurance obtient également gain de cause, les dépens devront être pris en charge par la caisse du Tribunal (KIESER Ueli, ATSG-Kommentar, 2003, p. 629, § 97). Enfin, le Tribunal fédéral a jugé, dans un arrêt du 7 août 2001

A/3777/2017 - 24/25 - (I 245/01) publié en partie à la SVR 2002 IV Nr. 5, que l'épouse du recourant, qui était alors représentée par un avocat et qui avait été amenée à se prononcer dans le cadre de la procédure cantonale opposant son époux à l'office AI ("Mitinteressierte"), avait droit à des dépens, attendu qu'elle aurait pu recourir contre le jugement cantonal et qu'elle aurait obtenu la qualité pour recourir. Tel est a fortiori le cas de l'appelé en cause, qui a les mêmes droits qu'une partie. On peut citer également la jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle la qualité de partie doit être reconnue à un assureur-maladie dans un litige opposant un assuré à l'assurance-accident de sorte que l'assureur-maladie peut être condamné aux frais (ATF 127 V 107 ; ATAS/1069/2008). Par conséquent, l'appelée en cause a droit à des dépens, fixés en l'espèce à CHF 1'500.-.

A/3777/2017 - 25/25 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : Déclare le recours recevable. Au fond :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.