

GE_GERICHTE A/2448/2011 vom 22. Februar 2012

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2448_2011

FR: GE_GERICHTE A/2448/2011 du 22 février 2012

IT: GE_GERICHTE A/2448/2011 del 22 febbraio 2012

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Madame M _____, domiciliée à Meyrin, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Diane BROTO recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Madame M _____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1966, a travaillé en tant que secrétaire traductrice indépendante de 1990 à 1998, occupant plusieurs postes temporaires. Dès le mois d'avril 1990, elle n'a plus travaillé qu'à temps partiel. Le 17 août 1992, l'assurée a présenté une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (ci-après l'OAI ou l'intimé), en raison de bronchopneumonies récidivantes sur malformation complexe du poumon gauche, de bronchiectasies du lobe pulmonaire inférieur gauche, de situs inversus partiel et d'agénésie splénique diagnostiquées par le Dr A _____, spécialiste FMH en pneumologie, dans son rapport du 27 août 1992. Elle a indiqué qu'elle poursuivait des études universitaires. En cas d'échec, elle devrait reprendre une activité professionnelle, que son état de santé ne lui permettrait pas d'exercer à plus de 50 %. Par décision du 1^{er} décembre 1993, l'assurée a été mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} août 1992. Le 2 avril 2000, l'assurée a déposé une demande de révision tendant à l'octroi d'une rente entière. Elle a allégué que la maladie dégénérative du système pulmonaire dont elle souffrait entraînait de fréquentes pneumonies (deux à trois fois par an), sujettes à complications graves et pouvant dégénérer en septicémies si elle n'était pas soignée correctement. Dans son rapport du 15 juillet 2000, le Dr A _____ a attesté d'une incapacité de travail totale du 14 janvier au 1^{er} mai 2000 et de 50 % dès le 2 mai 2000. Le Dr B _____, médecin traitant de l'assurée à la Permanence de Chantepoulet, a attesté à plusieurs reprises d'une incapacité totale de travail dès le 25 août 2000, date à laquelle il a commencé à suivre la patiente. Dans son rapport du 11 décembre 2000, il a indiqué que l'assurée souffrait de séquelles pulmonaires de la base gauche et d'une bronchopneumopathie chronique obstructive menant à une insuffisance respiratoire chronique. L'assurée faisait deux fois par an une pneumonie, nécessitant chaque fois un traitement de Rocéphine. Elle avait présenté une infection pulmonaire purulente suivie de septicémie. L'insuffisance respiratoire prenait de l'ampleur et augmentait d'intensité. Dans le rapport complémentaire du 8 juin 2001, le Dr C _____, médecin-répondant de la Permanence de Chantepoulet, a précisé qu'il existait des contre-indications dans toutes les professions, dans la mesure où l'assurée déclarait être allergique au parfum et à la poussière, et qu'une reprise du travail à mi-temps n'était pas envisageable à moins que l'environnement professionnel soit exempt de tous les allergènes identifiés. Des séances de physiothérapie respiratoire avaient lieu une fois par semaine. Par courrier du 21 juillet 2001, l'assurée est revenue sur l'évolution de ses bronchiectasies et a reproché à l'OAI de ne pas avoir tenu compte de leur aggravation, précisant qu'elle avait déjà subi deux surinfections purulaires majeures dont l'une avait

débouché sur une septicémie. A la suggestion du Dr B _____, l'OAI a ordonné une expertise, confiée à l'unité d'allergologie des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG), malgré les protestations de l'assurée, qui a fait remarquer que sa demande de révision n'était pas motivée par ses allergies mais par les conséquences du syndrome de Kartagener dont elle était atteinte et qui a précisé que le travail, générateur de stress, était la cause directe des récurrences de la maladie. Dans leur rapport du 23 août 2001, les médecins de l'Unité d'allergologie se sont déclarés incapables de réaliser l'expertise confiée, les réponses de l'assurée étant soit évasives soit hors sujet. En l'absence de collaboration, il leur avait été impossible d'établir une anamnèse adéquate. Le comportement de l'assurée, décrit comme ironique, obstructif et inadéquat, les conduisait à recommander une évaluation psychiatrique. Mandaté pour une expertise, le Pr D _____, spécialiste FMH en psychiatrie, a rendu son rapport en date du 30 octobre 2001, complété le 15 janvier 2002. Il a exposé que l'assurée présentait des traits de nature paranoïaque, mais pas d'affection mentale clairement définie. La capacité de travail devait être essentiellement jugée sur les problèmes somatiques, dont l'exacerbation des traits de caractère de l'assurée était la conséquence immédiate. Du strict point de vue psychiatrique, il n'y avait pas lieu de considérer les troubles psychiques comme aggravant notablement le degré d'invalidité physique. S'agissant des limitations à la capacité de travail, le médecin a déconseillé le travail en équipe afin d'éviter les conflits relationnels. Se fondant sur ces renseignements, le Dr E _____ du SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (SMR) a retenu dans son rapport du 23 janvier 2002 qu'il n'y avait pas aggravation de la pathologie somatique, excepté deux épisodes de surinfection grave, et que l'assurée était apte à travailler à 50% dans une ambiance sans polluants (tabac) et dans une structure sans hiérarchie marquée, en raison de sa personnalité. Par décision du 15 février 2002, l'OAI a rejeté la demande de révision de l'assurée. Il a considéré que l'état de santé de celle-ci ne s'était pas modifié de manière à influencer ses droits. Cette décision a été confirmée par le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après le TCAS), alors compétent, par arrêt du 30 septembre 2004 (ATAS/766/2004), puis par le Tribunal fédéral des assurances le 2 décembre 2005 (cause I 705/04). Dans une attestation datée du 8 mars 2002, le Dr F _____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant, a indiqué que l'assurée développait une névrose d'angoisse. Le 9 août 2007, le Dr G _____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant, a adressé à l'OAI un rapport daté du 10 avril 2007 mentionnant les atteintes somatiques et les symptômes dont souffrait ou avait souffert l'assurée, dont deux septicémies et des pneumonies à répétition. Par courrier du 27 novembre 2007, l'assurée a déposé une nouvelle demande de révision de sa rente en raison d'une aggravation de son état psychique et physique. Par courrier daté du 20 février 2008, reçu le 11 mars 2008 par l'OAI, le Dr G _____ a indiqué ne pas pouvoir préciser les diagnostics de l'assurée au motif que cette dernière avait une très forte personnalité, refusait d'essayer des traitements et de subir des radiographies et des analyses de laboratoire. Le Dr G _____ se demandait si l'assurée ne souffrait pas de troubles de la personnalité et d'une dépression nerveuse. Il a ajouté ne pas pouvoir se permettre d'attester indéfiniment un arrêt de travail sans logique. Il requérait par conséquent que l'assurée soit convoquée pour une expertise complète. Par avis du 13 mars 2008, la Dresse H _____, médecin auprès du SMR, a noté l'absence totale d'élément médical à l'appui de la demande de révision. Il n'y avait pas de notion d'aggravation ou de nouvelle atteinte. Par conséquent, les conclusions du rapport SMR du 23 janvier 2002 restaient valables. Le 3 avril 2008, l'assurée a adressé à l'OAI un rapport établi le 10 mars 2008 par

le Dr I _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychiatre traitant, lequel a indiqué suivre l'assurée depuis le 3 avril 2007. Il a noté que les pathologies dans son domaine de compétence étaient une dissociation mentale psychotique, une schizophrénie, une cyclophrénie, une oligophrénie, des démences et des états voisins ou équivalents, notamment induits par des substances toxiques (aliénation mentale). Il a ajouté que l'assurée demandait des séances de psychothérapie selon un rythme correspondant à sa convenance personnelle et qu'elle n'était pas obligée de venir à sa consultation. Enfin, il a précisé ne pas être spécialisé en maladies orphelines. Par projet de décision du 7 avril 2008, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité. Il a expliqué n'avoir reçu aucun élément médical et partant aucune indication sur une aggravation de l'état de santé ou une nouvelle atteinte. L'assurée conservait une capacité de gain de 50 %. Par décision du 13 mai 2008, l'OAI a persisté dans les termes de son projet. Il a relevé que le Dr I _____ indiquait clairement que l'assurée n'était pas obligée de se présenter à sa consultation et que le traitement de celle-ci ne relevait pas de sa compétence. Par acte du 16 juin 2008, l'assurée, par l'intermédiaire de sa mandataire, a interjeté recours auprès du TCAS. Elle a fait valoir qu'aux troubles somatiques déjà présents s'étaient associés des troubles psychiques, à savoir une dépression récurrente réactionnelle ou sinistrose avec état paranoïaque, qu'elle était suivie pour ces motifs depuis plusieurs années par des psychiatres et que son incapacité de travail était totale depuis avril 2000. En outre, elle présentait des pertes de mémoire fréquentes et souffrait régulièrement d'infections (abcès dentaires, otites, infections uro-génitales) dont l'impact était sous-évalué. A l'appui de son recours, elle a produit notamment un certificat établi le 11 juin 2008 par le Dr F _____. Selon ce médecin, l'assurée présentait depuis longtemps un état dépressif réactionnel suite à sa malformation pulmonaire et abdominale associée à plusieurs épisodes de septicémie, et a développé au fil du temps une sinistrose avec un état paranoïaque, accompagnée de troubles neurologiques. L'assurée a requis une évaluation de son état psychique par la Dresse J _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Celle-ci a établi un certificat en date du 22 septembre 2008, dans lequel elle a fait état des troubles psychiatriques constatés lors de son évaluation du 18 juillet 2008. A l'issue des tests pratiqués, ce médecin a posé les diagnostics de troubles paniques (F 41.0) avec une schizophrénie de type paranoïde (F 20.0) et de trouble anxieux généralisé (F41.1) ainsi que de désinhibition psychique. L'assurée présentait également des difficultés dans les performances sociales, professionnelles et scolaires, des idées délirantes, des hallucinations visuelles, des sentiments de méfiance et de persécution, un manque de jugement et de prise de conscience de la gravité de sa maladie, un émoussement de l'expression des émotions et une pensée stéréotypée. Elle ne souhaitait cependant aucun traitement. Dans ses déterminations du 23 octobre 2008, l'OAI a retenu que les troubles délirants observés avaient été observés postérieurement à la décision litigieuse et a conclu au rejet du recours. Le 4 mars 2009, le TCAS a entendu la Dresse J _____, qui a déclaré avoir procédé à l'évaluation psychiatrique de l'assurée à la demande de celle-ci, le 18 juillet 2008. Le témoin avait posé les diagnostics au regard de la CIM-10 après avoir fait passer à l'assurée des tests MINI et PANSS avec le concours d'une psychologue, mais elle ne pouvait déterminer la date de survenance des affections psychiques. Celles-ci ne pouvaient cependant pas survenir brutalement et il était probable qu'elles soient antérieures au 18 juillet 2008. La Dresse J _____ a indiqué que le diagnostic posé par le Pr D _____ ne tenait pas compte des déficits des performances, bien que ces déficits aient été mentionnés dans le rapport d'expertise. Si le Pr D _____ avait tenu compte des éléments déficitaires et persécutoires, il aurait, selon le témoin, posé

le diagnostic de schizophrénie de type paranoïde au sens de la CIM-10. Le témoin a expliqué à cet égard que dans le trouble de la personnalité paranoïaque, seul le symptôme persécutoire était pris en considération alors que dans le symptôme de schizophrénie paranoïde, le cerveau ne permettait pas un fonctionnement normal, à quoi s'ajoutait le syndrome de persécution. Pour l'assurée, les traitements continus somatiques grevaient sa qualité de vie et son sommeil et avaient aggravé quelque chose de préexistant, sous forme d'une anxiété généralisée et d'un trouble panique. Le témoin a ajouté que sur la base des symptômes décrits par le Pr D_____, elle aurait posé en 2001 le diagnostic de schizophrénie de type paranoïde au sens de la CIM-10, ce qui constitue un problème de structure de la personnalité. Selon elle, la situation était identique au jour de l'audience qu'à l'époque, mais le monde extérieur était devenu beaucoup plus exigeant et intolérant. Le trouble panique et le trouble anxieux généralisé qu'elle avait diagnostiqués en 2008 étaient des troubles réactionnels à des événements de vie adverse, la situation sur ce plan n'étant pas la même en 2008 qu'en 2001. La Dresse J_____ a exposé que dans le cadre d'un trouble de la personnalité de type paranoïaque, la personne était capable de réussir dans sa vie active en créant un milieu approprié. Dans la schizophrénie de type paranoïde, il y avait en revanche un déficit de fonctionnement indépendamment du milieu approprié, les malades étant incapables d'adaptation. Le témoin a conclu à une incapacité de travail totale dans le monde ordinaire du travail, même avec un traitement psychotrope. Elle s'était en outre renseignée auprès de confrères pneumologues qui avaient retenu qu'un traitement psychotrope n'était pas formellement contre-indiqué dans le cas d'un syndrome de Kartagener mais pouvait avoir un effet sédatif, ce qui était susceptible d'influencer sur le processus de traitement des maladies somatiques, plus particulièrement lors des drainages. Par arrêt du 25 novembre 2009 (ATAS/1467/2009), le TCAS a partiellement admis le recours et a renvoyé la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise psychiatrique afin de déterminer l'évolution des troubles psychiques de l'assurée depuis le 15 février 2002 et leur incidence sur sa capacité de travail. Il a considéré en substance que les diagnostics posés par la Dresse J_____ démontraient une aggravation objective de l'état de santé psychique de l'assurée, et que contrairement à l'avis de l'OAI, cette aggravation n'était pas postérieure à la décision litigieuse puisque les Drs I_____ et F_____ avaient fait état de diagnostics semblables avant la notification de dite décision, bien que leurs rapports soient insuffisants pour statuer sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis le 15 février 2002 et sur la date de survenance de l'aggravation. Par courrier du 10 février 2010 à l'OAI, l'assurée, par sa mandataire, a relevé que le Dr I_____ avait précisé dans son rapport les pathologies de son domaine de compétence sans indiquer qu'elle souffrait de l'intégralité de ces pathologies, et que ce point devrait être pris en compte par l'expert. Par courrier du 8 juillet 2010, l'OAI a transmis à l'assurée le mandat au SMR, mentionnant à titre d'atteintes à la santé des bronchiectasies, malformations congénitales incluant un situs inversus partiel et une personnalité paranoïaque non décompensée. L'assurée a précisé dans son courrier du 8 juillet 2010 qu'elle souffrait d'une dyskinésie ciliaire primitive (ou syndrome de Kartagener), ainsi que de troubles paniques avec une schizophrénie de type paranoïde, de troubles anxieux généralisés et d'une déshinhibition psychique diagnostiqués par la Dresse J_____. Celle-ci avait en outre précisé l'influence sédatif néfaste d'un traitement psychotrope en raison du syndrome de Kartagener. Dans un rapport du 3 août 2010, le Dr F_____ a posé les diagnostics de syndrome de Kartagener et de malformation pulmonaire depuis l'enfance avec pneumonies à répétition et septicémies, et de syndrome anxio-dépressif et schizophrénie paranoïde

probablement depuis 2000, avec répercussions sur la capacité de travail, qui était nulle depuis le 25 août 2000 et ne pouvait être améliorée par des mesures médicales. Le pronostic était réservé. Ce médecin a précisé suivre l'assurée depuis avril 2006. Une expertise psychiatrique a été confiée au Dr K_____, spécialiste FMH en psychiatrie. Celui-ci a rendu son rapport le 21 mars 2011. Il a relaté l'anamnèse de l'assurée et récapitulé son dossier médical, résumant notamment le rapport du Dr A_____ du 15 juillet 2000 comme suit: " A part des périodes d'incapacité de travail totale, il existe une incapacité de 50 % à partir du 2 mai 2000 en continu ". L'expert a relevé que l'assurée déclarait souffrir entre autres atteintes de surinfections pulmonaires avec septicémies environ deux fois par an, et avoir fait plusieurs comas profonds en lien avec ses infections. Au quotidien, elle devait lutter contre les sécrétions et risquait de "se noyer", ce qui entraînait une très forte angoisse et compliquait son sommeil. Elle souffrait d'une énorme fatigue et de maux de tête continuels. Elle considérait les antidépresseurs contre-indiqués en raison de son atteinte physique. Au plan psychique, l'assurée a expliqué que le diagnostic de schizophrénie avait été posé parce qu'elle avait parfois des intuitions sur des événements à venir, et qu'il lui arrivait d'être déconnectée de la réalité. Elle a ajouté qu'elle devait souvent se battre pour son intégrité corporelle et avait tendance à "monter les tours", ce qui pouvait être perçu comme paranoïaque. Lors de l'examen, qui a duré 2 heures 30, l'expert a observé que l'assurée était affirmative et radicale dans son refus d'hospitalisation et de traitements. Il n'a constaté aucune difficulté de concentration, de l'attention ou de la mémoire. L'assurée n'avait présenté aucun signe de fatigue, son intelligence était dans la norme supérieure, sa fluidité idéique légèrement augmentée. Elle n'avait aucun trouble formel de la pensée et disposait de capacités de réflexion et d'introspection, lesquelles étaient toutefois subordonnées à un côté monolithique de sa vision des choses et de son expression. Le Dr K_____ n'a décelé aucun signe en faveur d'une hypothèse psychotique, excluant tout symptôme productif ou de la lignée négative. Ce que l'assurée appelait "avoir des voix" ne désignait pas des hallucinations ou des aspects délirants, mais des expériences de précognition. Au plan affectif, l'expert a constaté que l'assurée était en large partie compensée, malgré quelques larmes vite maîtrisées à l'évocation de ses problèmes pulmonaires. Il existait cependant probablement des vellétés dépressives sous-jacentes, bien dominées par ses défenses et sa force de caractère. L'assurée n'avait pas manifesté d'anxiété. L'intensité de la voix et de la gestuelle pouvait parfois évoquer la possibilité de réactions colériques, mais elle s'était montrée respectueuse durant toute l'expertise. Sa personnalité était sensible, voire hypersensible. Aucune tendance directement paranoïde n'était révélée mais il était imaginable qu'en situation de contrainte, le côté interprétatif de l'assurée s'accroît dans cette direction. Elle avait en revanche des aspects narcissiques dominants, une personnalité et des défenses rigidifiées. En somme, l'assurée vivait très intensément ses problèmes somatiques et avait une vision personnelle de son atteinte. Elle n'acceptait autrui que s'il se soumettait à sa vision et manifestait de la compréhension et de l'empathie. Dans le cas contraire, elle pouvait être rigide et rejetante. Il n'y avait cependant pas d'aspect psychopathologique autre, en particulier en faveur d'un état dépressif significatif, et la souffrance liée à l'atteinte physique semblait plus circonscrite que l'assurée ne l'affirmait. L'expert a résumé les observations cliniques selon l'échelle de l'Association internationale pour la méthodologie et la documentation en psychiatrie (AMDP). Cette échelle révélait un certain nombre d'items significatifs énoncés par l'assurée, dont une perte d'espoir, une anxiété psychique éprouvée, une irritabilité, une propension à se plaindre, mais peu corrélés par des observations. L'expert a également eu un entretien avec le

Dr F _____, lequel a rapporté un problème de sécrétion chronique mais également une tendance à surinterpréter et exagérer les symptômes. L'assurée se montrait souvent un peu méfiante et "un peu parano", selon son médecin traitant, qui considérait qu'un travail dans un contexte professionnel normal était exclu, car tout contact avec l'extérieur augmentait le risque d'infection et toute perturbation olfactive ou respiratoire accentuait ses craintes et ses angoisses, en lien avec ses sérieux problèmes pulmonaires. Un emploi à domicile, par exemple en tant que traductrice, était imaginable à un taux de 30 à 40 % au maximum. Dans sa synthèse, le Dr K _____ a relevé, s'agissant des atteintes pulmonaires, que les descriptions du médecin traitant étaient en décalage par rapport à l'intensité annoncée par l'assurée. Au plan psychiatrique, le conditionnement en tant que malade et l'anxiété liée aux affections respiratoires étaient des conséquences de l'atteinte physique. Le côté oppositionnel de l'assurée n'était en revanche pas en lien avec les maladies somatiques. Le Pr D _____ avait bien décrit les particularités de l'approche de l'assurée, et son diagnostic de traits de caractère de nature paranoïaque paraissait juste à l'expert. L'assurée avait en effet tenté de tester l'expert, mais était par ailleurs capable d'observer, réfléchir et s'adapter au cadre de l'expertise. Elle avait un côté égocentrique, très affirmé et tranché, une personnalité rigide et un côté sensitif-sensible sous-jacent à la notion de paranoïde, mais elle n'était clairement pas dans une pathologie paranoïde décompensée. Un autre indice de l'absence de problématique pathologique de la personnalité était la relation de l'assurée avec sa fille, qu'elle avait élevée seule, et sa faculté d'établir des relations sentimentales. S'agissant des diagnostics posés par la Dresse J _____, l'expert a observé qu'ils ne reposaient pas sur un status psychiatrique ou une argumentation biographique ou clinique, mais sur des tests auxquels l'assurée avait répondu seule. De tels questionnaires d'auto-évaluation n'avaient aucune valeur probante dans le cadre d'expertises, car ils pouvaient être influencés par la volonté de la personne expertisée. Le diagnostic de schizophrénie posé par la Dresse J _____ contrastait également avec l'expérience clinique, selon laquelle les personnes souffrant d'une telle pathologie sont tôt ou tard hospitalisées et dysfonctionnelles du point de vue personnel et social, ce qui n'était pas le cas de l'assurée. L'assurée avait décrit quelques fluctuations anxiodépressives dans le passé et l'expert avait noté la possibilité d'un éventuel état dépressif sous-jacent, mais il s'agissait d'un élément infraclinique au moment de l'expertise. Il était possible que l'assurée puisse décompenser sur le mode dépressif en fonction des circonstances de sa vie, mais des thérapies étaient alors possibles. Le Dr K _____ a posé les diagnostics de syndromes comportementaux non spécifiés associés à des perturbations physiologiques ou à des facteurs physiques (F 59) avec réactions anxieuses et réactions dépressives, et d'autre modification durable de la personnalité avec aspects narcissique, paranoïde et histrionique (F 62.8). Ces diagnostics entraînaient au plan psychiatrique une incapacité de travail de 50 %, une partie de la problématique psychique étant liée à l'atteinte physique qui restait à circonscrire. Les problèmes de personnalité entraînaient des limitations, telle que l'impossibilité du travail en équipe, bien que cette restriction ne soit pas absolue si l'assurée était employée dans un contexte bienveillant, sans facteurs stressants majeurs et avec un cahier des charges précis. L'idéal était néanmoins un travail à domicile, car une grande tolérance était de mise face aux irrégularités et imprévisibilités liées à l'état de santé. La capacité de travail était stable depuis 2000. Dans son avis du 7 avril 2011, le Dr L _____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin au SMR, a retenu que le Dr K _____ avait écarté de manière convaincante les diagnostics de schizophrénie et de trouble anxieux et qu'il convenait de se rallier à ses conclusions, selon lesquelles l'assurée

disposait d'une capacité de travail de 50 %. L'atteinte physique ne nécessitait pas d'investigations supplémentaires, en l'absence d'éléments objectifs en faveur d'une aggravation durable. La capacité de travail était ainsi de 50 % dès 1991 dans la dernière activité exercée, adaptée aux limitations fonctionnelles. Le 19 mai 2011, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assurée, aux termes duquel l'expertise psychiatrique avait conclu à une capacité de travail de 50 % et une aggravation somatique n'était pas démontrée. Partant, le droit de l'assurée à une demi-rente n'était pas modifié. L'OAI a confirmé la teneur de son projet par décision du 1^{er} juillet 2011. Par acte du 15 août 2011, l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Elle conclut, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2001. Elle allègue que le Dr K_____ a conclu à une capacité de travail de 50 % sur le plan psychiatrique - en imputant une partie des troubles psychiques aux troubles somatiques - et qu'elle souffre d'une malformation congénitale ayant provoqué un syndrome de Kartagener. Étant née sans rate, son système immunitaire est déficient et elle est ainsi en incapacité de travail totale sur le plan physique trois mois par année, ce qui a été établi par le Dr A_____ dont elle affirme qu'il aurait décrit une incapacité de travail de 50 % dès le 2 mai 2000 "en dehors de périodes d'incapacité de travail totale". Elle se réfère également aux déclarations du Dr F_____ à l'expert. Elle fait grief à l'intimé d'avoir établi son taux d'invalidité de manière erronée en ne retenant pas d'aggravation, alors que celle-ci ressort du simple fait qu'une expertise psychiatrique a été ordonnée. Il y a par ailleurs une aggravation par rapport aux atteintes constatées par le Pr D_____, puisque ce dernier avait posé le seul diagnostic de personnalité paranoïaque sans incidence sur sa capacité de travail alors que celle-ci est désormais limitée à 50 % par les atteintes psychiques. L'incapacité de travail de 50 % pour motifs somatiques ne se confond pas avec celle liée aux troubles psychiques. La chronicité des infections pulmonaires entraîne en effet des périodes d'incapacité de travail totale de trois mois par an, ce qui signifie que la recourante doit réaliser sa capacité de gain de 50 % sur le temps restant. Partant, si l'on tient compte de trois mois d'incapacité de travail totale par année, et 50 % sur les neuf mois restant, on obtient une capacité de travail de 37.5 % sur l'année. Les troubles psychiques, présents tous les jours, restreignent encore de 50 % cette capacité de travail somatique, ce qui la réduit à 18.75 % sur l'année. Elle a partant droit à une rente entière. Dans sa réponse du 30 août 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours, reprenant l'avis du Dr L_____ du 7 avril 2011 selon lequel la capacité de travail de la recourante est de 50 % dès 1991 dans la dernière activité exercée, adaptée aux limitations fonctionnelles. Copie de cette écriture a été adressée à la recourante par pli du 1^{er} septembre 2011. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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 1^{er} 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. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229, consid. 1.1). S'agissant des modifications de la LAI du 6

octobre 2006 (5^{ème} révision de l'AI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date, eu égard au principe rappelé ci-dessus. Cela étant, cette nouvelle n'a pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité et d'octroi de mesures de réadaptation (Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4316 et 4322). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 71, consid. 6b). Est litigieuse la question de savoir si, postérieurement à la décision du 15 février 2002, l'état de santé de la recourante s'est aggravé dans une mesure justifiant l'augmentation de la demi-rente d'invalidité. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. S'agissant de la révision du droit à la rente, l'art. 17 al. 1^{er} 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 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343, consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2^{ème} éd., Zurich, n. 21 ad art. 17; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se

présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 , consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). On ajoutera que le motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA I 406/05 du 13 juillet 2006, consid. 4.1).

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 , consid. 4; ATF 115 V 133 , consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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 convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 , consid. 3; ATF 122 V 157 , consid. 1c).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 , consid. 3b/bb).

d) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 , consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un

ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). Le rapport d'expertise du Dr K_____ correspond en tous points aux réquisits jurisprudentiels développés ci-dessus. Il se fonde en effet sur l'étude du dossier complet de la recourante, complété par un entretien avec le médecin traitant de celle-ci, et contient une anamnèse détaillée. L'expert a également relaté les plaintes de l'assurée, et ses diagnostics reposent sur un examen clinique poussé. Il a par ailleurs exposé de manière convaincante les motifs qui le conduisaient à s'écarter des diagnostics posés par le Pr D_____ et la Dresse J_____, et ses conclusions sont parfaitement claires. S'agissant du rapport de la Dresse J_____, il ne satisfait pas aux critères formels pour se voir reconnaître de valeur probante, puisqu'il ne contient pas d'anamnèse ni de status. De plus, comme le relève l'expert, les diagnostics que cette psychiatre a posés reposent sur les réponses données par la recourante à des questionnaires d'auto-évaluation et ne sont pas corrélés par des observations cliniques faites à l'occasion d'un examen. Quant au rapport du Dr I_____, médecin traitant, du 10 mars 2008, il n'est pas non plus conforme aux exigences de la jurisprudence permettant de reconnaître la valeur probante d'un rapport médical, les diagnostics posés ayant été infirmés par l'expert. Par ailleurs, il ne se prononce pas sur la capacité de travail de la recourante. La Cour de céans ne s'écartera dès lors pas des conclusions du Dr K_____, selon lesquelles la recourante dispose d'une capacité de travail de 50 % au plan psychique dans son ancienne activité, et celle-ci ne les conteste d'ailleurs pas. La recourante fait en revanche grief à l'intimé de ne pas avoir retenu d'aggravation de son état de santé, alors que le Dr K_____ a conclu à une incapacité de travail de 50 % contrairement au Pr D_____ qui n'avait pas retenu de troubles psychiques ayant des répercussions sur sa capacité de travail. Cet argument tombe manifestement à faux, puisque l'intimé s'est rallié aux conclusions du Dr K_____ et a donc admis l'aggravation des troubles psychiques. Cependant, la recourante perd de vue que la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273, consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). En l'espèce, dans la mesure où l'incapacité de gain due aux problèmes psychiques est identique à celle qui résulte de la pathologie somatique, la dégradation de l'état de santé de la recourante n'a pas d'incidence sur sa capacité de gain et, partant sur son degré d'invalidité. Les calculs de la recourante, qui affirme que son degré d'invalidité est de 18.5 %, ne peuvent en effet pas être suivis. A l'appui de ses calculs, elle affirme être totalement incapable de travailler trois mois par an, en sus de l'incapacité de travail continue de 50 %, et cite à cet égard le résumé par l'expert psychiatre du rapport du Dr A_____ du 15 juillet 2000. Or, les termes exacts de ce rapport ne permettent pas de conclure à la survenance régulière de périodes d'incapacité de travail totale, contrairement à ce que la recourante affirme, puisque ce dernier a attesté d'une incapacité de travail totale du 14 janvier au 1 er mai 2000 uniquement. Les rapports médicaux versés au dossier par la suite ne permettent par ailleurs pas de conclure à une aggravation des problèmes physiques de la recourante. Dans son courrier du 20 février 2008, le Dr G_____ a ainsi

expressément admis ne pas pouvoir se prononcer de manière claire sur les atteintes dont souffrait la recourante en raison du manque de collaboration de celle-ci. Quant au rapport du Dr F_____ du 3 août 2010, il ne mentionne pas de nouvelles atteintes à la santé, mais fait état de diagnostics somatiques présents depuis l'enfance. Ceux-ci ont cependant été pris en compte lors de l'évaluation de la capacité de travail de la recourante du point de vue physique, qui a abouti à l'octroi d'une demi-rente en 1992. Si ce médecin a certes indiqué que la capacité de travail de la recourante était nulle depuis le mois d'août 2000, cette conclusion n'est guère motivée et est contraire aux avis des médecins qui la traitaient à cette époque, soit les Drs A_____ et C_____. Il semble par ailleurs que le Dr F_____ ait admis qu'il existait une capacité de travail résiduelle lors de son entretien avec l'expert. Les allégations de la recourante, selon lesquelles elle souffre d'une incapacité de travail totale trois mois par année ne sont ainsi nullement démontrées. Les épisodes réguliers de septicémie et les comas profonds qu'elle affirme avoir subis ne sont d'ailleurs pas documentés. Elle n'a en particulier produit aucun certificat d'hospitalisation, ce qui paraît pour le moins étonnant compte tenu de la gravité des atteintes invoquées. Le Dr B_____ a rapporté une seule septicémie et le Dr G_____ deux infections de ce type. Le Dr F_____ a certes mentionné plusieurs épisodes de septicémie dans ses rapports des 11 juin 2008 et 3 août 2010, sans plus de précision quant à leur nombre. On ignore de plus quand ils seraient survenus et leur durée, de sorte qu'on ne peut se fier à ces indications pour admettre une aggravation des troubles physiques de la recourante. On ajoutera à cet égard que le Dr F_____ a confié à l'expert que la recourante avait tendance à exagérer les symptômes et que le Dr K_____ a lui-même noté un décalage entre les descriptions des atteintes par le médecin traitant et celles de l'assurée. Compte tenu de ces éléments, la Cour de céans ne saurait retenir une diminution de la capacité de travail liée à une aggravation des problèmes physiques. Par ailleurs, l'expert psychiatre a retenu une incapacité de travail de 50 % pour troubles psychiques sans se référer à la capacité de travail d'ores et déjà diminuée par les atteintes somatiques. Contrairement à ce qu'allègue la recourante, cette réduction s'entend de manière absolue et ne se calcule pas sur le rendement déjà limité en raison des problèmes physiques. En effet, l'expert a expressément indiqué que la capacité de travail était stable depuis 2000, nonobstant l'aggravation des troubles psychiques survenue dans l'intervalle. Partant, s'il y a bien eu une dégradation de l'état de santé psychique depuis l'octroi pour des motifs somatiques de la demi-rente en 1992, c'est à juste titre que l'intimé a retenu que ses répercussions sur la capacité de travail se confondent avec celles qu'entraînent les affections pulmonaires de la recourante et ne modifient pas son droit à la rente. Manifestement mal fondé, le recours sera rejeté.

L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Isabelle CASTILLO La

présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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