RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1530/2002 **ATAS/766/2004**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du 30 septembre 2004

3ème Chambre

En la cause

Madame M_____, comparant par Me Michel RUDERMANN, en l'Etude duquel elle élit domicile	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, **rue de Lyon 97, 1211 Genève 13**	intimé

Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente,

Mesdames Juliana BALDE et Doris WANGELER, juges

EN FAIT

1. Madame M_____, de nationalité roumaine, née en 1966, est secrétaire de profession. De 1990 à 1998, elle a travaillé comme secrétaire traductrice indépendante, et a occupé plusieurs postes temporaires. Elle a pu travailler à plein temps jusqu'au mois d'avril 1990. Son état de santé – elle souffre depuis sa naissance de broncho-pneumonies récidivantes ainsi que de bronchectasies – l'a ensuite obligée à opter pour des emplois temporaires et à temps partiel.

2. Par décision du 1er décembre 1993, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité l'a mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité et ce, à compter du 1er août 1992.

3. Le 2 avril 2000, l'assurée a déposé une demande de révision. Elle a allégué que la maladie dégénérative du système pulmonaire dont elle souffre entraîne de fréquentes pneumonies (deux à trois fois par an), sujettes à complications graves et pouvant dégénérer en septicémie si elle n'est pas soignée correctement.

4. Le 15 juillet 2000, le Dr A_____, pneumologue, a indiqué un séquestre pulmonaire et une incapacité totale du 14 janvier au 1er mai 2000, de 50% depuis lors (pièce 4, fourre 3 OCAI).

5. Le Dr B_____, médecin traitant de l'assurée, 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 -, sans toutefois donner de plus amples précisions (pièce 5, fourre 3 OCAI). A la demande de l'OCAI, il a établi le 11 décembre 2000 un rapport médical dont il ressort que l'assurée souffre de séquelle pulmonaire de la base gauche, d'une bronchopneumopathie chronique obstructive menant à l'insuffisance respiratoire chronique. Il a indiqué que cette insuffisance prenait de l'ampleur et augmentait d'intensité. A la question de savoir s'il existait des contre-indications dans la profession exercée, il a répondu cependant par la négative (pièce 6, fourre 3 OCAI). Interrogé sur ce point notamment par l'OCAI, il a précisé qu'il existait en fait des contre-indications dans toutes les professions dans la mesure où sa patiente était allergique au parfum et à la poussière, 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 et que des séances de physiothérapie respiratoire avaient lieu une fois par semaine (pièce 15, fourre 3 OCAI).

6. Sur la suggestion du Dr B_____, l'OCAI a ordonné une expertise. Il l'a confiée à l'unité d'allergologie des hôpitaux universitaires de Genève (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, alléguant que le travail, générateur de stress, était

la cause directe des récidives de la maladie (pièce 17, fourre 3 OCAI). La division d'immunologie et d'allergologie s'est déclarée incapable de remplir le mandat qui lui était confié. Les médecins ont indiqué que les réponses de l'assurée étaient soit évasives soit hors sujet et qu'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 avait en revanche conduits à recommander une évaluation psychiatrique (pièce 19, fourre 3 OCAI).

7. L'assurée a produit pour sa part deux rapports médicaux. Le premier a été établi par la division de pneumologie des HUG en date du 28 décembre 1984 et confirme le diagnostic déjà posé. Le second émane du centre d'angiologie. Daté du 9 juillet 1981, il indique que la patiente souffre de longue date d'une fatigabilité excessive à l'effort, même lorsque celui-ci est minime (pièce 18, fourre 3 OCAI).

8. En date du 4 août 2000, l'OCAI a transmis à l'assurée un projet de décision rejetant sa demande. Suite aux protestations de l'intéressée, il a toutefois décidé de procéder à une instruction complémentaire.

9. Mandaté pour une évaluation psychiatrique, le Dr C_____, psychiatre, a rendu son rapport en date du 30 octobre 2001. Il en ressort que le 13 avril 2000, un important remaniement kystique pouvant correspondre à une séquestration broncho-pulmonaire a été mis en évidence. Le médecin, dans l'anamnèse, relève également que l'insuffisance respiratoire s'est développée sur une bronchopneumopathie chronique obstructive ayant tendance à s'aggraver. Il est relevé que dans le conflit qui l'oppose à l'OCAI, l'assurée appuie son argumentation sur ses connaissances médicales théoriques du syndrome auquel elle rattache l'affection dont elle souffre et non à des faits objectifs autorisant l'évaluation correcte de son degré d'aptitude au travail. Aucune affection mentale n'a été diagnostiquée, mais le médecin a relevé que les répercussions psychologiques des affections somatiques pouvaient être aggravées par les attitudes relationnelles de l'assurée. Il conclut qu'il existe de réelles limitations à ce que l'assurée reprenne un emploi lucratif « sans que l'on ait pris à son égard quelques précautions ». Il faut en effet selon lui prendre en compte l'attitude relationnelle de l'assurée, qui influe sur l'évaluation de son aptitude au travail. Elle pourrait cependant exercer un travail indépendant à temps partiel à domicile ou en un lieu où elle puisse gérer ses horaires à sa convenance. Les troubles marqués du caractère de l'assurée ne peuvent cependant être qualifiés d'affection mentale caractérisée (pièce 27, fourre 3 OCAI).

10. Interrogé par l'OCAI, le Dr C_____ a encore précisé que la capacité de travail devait être essentiellement jugée sur les problèmes somatiques et que l'exacerbation des traits de caractère de l'assurée était la conséquence immédiate

de ces problèmes. Du strict point de vue psychique, il n'y avait pas lieu, selon lui, de considérer les troubles psychiques comme aggravant notablement le degré d'invalidité physique. Il a relevé que l'assurée était désormais suivie par un psychiatre, le Dr D_____. S'agissant des limitations à la capacité de travail, le médecin a suggéré d'éviter de travailler en équipe afin d'éviter les conflits relationnels (pièce 31, fourre 3 OCAI).

11. Fort de ces renseignements, le service médical régional AI (SMR) est arrivé à la conclusion 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 dépourvue de tabac et dans une structure pas trop hiérarchisée (pièce 32, fourre 3 OCAI).

12. Par décision du 15 février 2002, l'OCAI a rejeté la demande de révision. Il a considéré que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas modifié de manière à influencer ses droits.

13. Le 21 mars 2002, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre cette décision. Elle conclut à l'annulation de la décision de l'OCAI et à l'octroi d'une rente entière. Elle allègue être dans la totale incapacité de travailler depuis le 24 août 2000 et produit à l'appui de ses dires des certificats médicaux. De celui établi par son médecin-traitant en date du 8 mars 2002, il ressort que le traitement consiste surtout en physiothérapie respiratoire et en une hygiène de vie adaptée. Le médecin indique que la patiente a développé une névrose d'angoisse qui motive son incapacité de travail depuis le 24 août 2000. La recourante s'étonne par ailleurs que l'autorité intimée lui ait fait subir une expertise médicale dans les domaines de l'immunologie et de l'allergologie alors que les troubles de sa santé physique sont circonscrits au domaine de la pneumologie et relève que l'expertise en question ne se prononce pas sur sa capacité de travail, bien que le psychiatre ait admis l'existence de réelles limitations.

14. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans son préavis du 12 août 2002, conclut au rejet du recours. Il souligne que, selon le médecin traitant de l'assurée, l'état de cette dernière serait demeuré stationnaire. Il explique que s'il a confié le mandat d'expertise à l'unité d'allergologie des hôpitaux universitaires de Genève (HUG), c'est parce que c'est le seul plan sur lequel il pouvait éventuellement y avoir eu une aggravation objective de l'état de santé de l'assurée. L'évaluation psychiatrique préconisée par les médecins a été ordonnée et aucune affection mentale ayant une influence significative sur la capacité de travail n'a été mise en évidence. L'expert psychiatre a certes mentionné des traits de nature paranoïaque mais a indiqué sans ambiguïté possible que ceux-ci n'influençaient pas de manière sensible la capacité de travail de l'assurée. L'OCAI en tire la conclusion que, d'un point de vue somatique, la pathologie ne s'est pas

objectivement aggravée et que du point de vue physique, il n'existe pas de contre-indication dans la profession exercée, pour autant que l'environnement ne comporte aucune des substances auxquelles l'assurée est allergique.

15. La recourante a maintenu ses conclusions et produit plusieurs certificats médicaux émanant de la permanence médico-chirurgicale de Chantepoulet et attestant d'une totale incapacité de travail à compter du 25 août 2000. Le dernier date du 22 mai 2004.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), composé de cinq juges, dont un président et un vice-président, cinq suppléants et seize juges assesseurs (art. 1 let. r et 56T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des seize juges assesseurs par le Tribunal fédéral (TF) le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente (art. 162 LOJ) permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs, à trois juges titulaires, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

   Statuant sur un recours de droit public, le TF a, dans un arrêt rendu le 1er juillet 2004, confirmé que cette disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était, de surcroît, conforme au droit fédéral (ATF 130 I 226).

2. Le Tribunal cantonal des assurances sociales statue en instance unique, notamment sur les contestations relatives à la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (ci-après LAI [RS 831.20] ; cf. articles 1, lettre r et 56V alinéa 1, lettre a chiffre 2 LOJ). Conformément à l'art. 3 al. 3 des dispositions transitoires, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi précitée et pendantes devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité ont donc été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales.

   La compétence du Tribunal de céans est dès lors établie pour connaître du présent litige.

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce demeure toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 127 V 467, consid. 1, 121 V 386, consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1 LPGA). Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI ; 831.20) et de son règlement en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (RAI ; 831.201). Les dispositions légales seront dès lors citées dans leur ancienne teneur.

4. Le recours, interjeté en temps utile devant la juridiction compétente est recevable, conformément aux art. 69 LAI et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS), dans leur teneur valable jusqu'au 31 décembre 2002.

5. Le présent litige porte sur la question de savoir si l'invalidité de l'assurée s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

   a) Selon l'art. 41 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2001, applicable en l'espèce), si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les fait tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2 ; ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

   A cet égard, la jurisprudence précise qu'il ne suffit pas qu'une situation, demeurée inchangée pour l'essentiel, soit appréciée de manière différente (RCC 1987 consid. 1a p. 38). Ainsi, une appréciation médicale différente de l'effort que l'on peut exiger de l'assuré en ce qui concerne le travail qu'il est capable d'effectuer représente un élément de jugement de son cas et ne prouve pas un changement dans les circonstances réelles (RCC 1985 p. 335 consid. 2c).

   b) En l'espèce, il s'agit de comparer la situation de l'assurée telle qu'elle se présentait le 1er décembre 1993, date de la première décision, à celle qui était la sienne au moment de la décision litigieuse, le 15 février 2002.

Au point de vue physique, le diagnostic posé est toujours le même. Certes, le médecin-traitant de l'assurée a attesté d'une totale incapacité de travail depuis le mois d'août 2000. Il motive cependant cette dernière par le fait que sa patiente a développé une névrose d'angoisse (cf. certificat du 8 mars 2002). Force est donc de constater qu'il n'existe aucun élément au dossier permettant de conclure à une aggravation de l'état de santé *physique* de la recourante. Elle souffre toujours de broncho-pneumonies à répétition – dont il n'est pas allégué qu'elles interviendraient de manière plus fréquente qu'auparavant – qu'elle traite par une séance hebdomadaire de physiothérapie pulmonaire.

Quant aux problèmes allergologiques, la recourante elle-même admet qu'ils ne sont pas à l'origine d'une incapacité de travail. Au surplus, le dossier ne contient aucun élément permettant de conclure à une limitation de la capacité de travail de ce fait.

Dès lors, seule une atteinte psychique pourrait permettre d'admettre une aggravation de l'état de santé général de la recourante. C'est donc à juste titre que l'autorité intimée a procédé à des investigations sur ce plan. Du rapport d'expertise psychiatrique, il ressort cependant que la recourante ne souffre d'aucune affection mentale ayant une influence significative sur sa capacité de travail. L'expert psychiatre a certes mentionné des traits de nature paranoïaque mais il a aussi indiqué sans ambiguïté possible que ceux-ci n'influençaient pas de manière sensible la capacité de travail de l'assurée. Il est vrai que le médecin-traitant est d'un avis divergent puisqu'il conclut à une incapacité totale de travail compte tenu de la « névrose d'angoisse » de sa patiente. Son avis ne saurait cependant suffire à s'écarter des conclusions de l'expertise, laquelle répond aux exigences de la jurisprudence. En effet, les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée, le rapport se fonde sur des examens complets, prend également en considération les plaintes exprimées et a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), la description du contexte médical est claire et enfin, les conclusions de l'expert sont bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et réf.). A l'inverse, le certificat établi par le médecin-traitant n'est que très brièvement motivé. Au surplus, il faut 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.

Eu égard à ces considérations, il apparaît que l'état de santé de la recourante ne s'est pas objectivement aggravé. Le recours est donc rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Au fond :

2. Le rejette ;

3. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement qu'elle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière :	La présidente :
Janine BOFFI	Karine STECK

Le présent arrêt est communiqué pour notification aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe