

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1312/2012

ATAS/151/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 février 2013

1<sup>ère</sup> Chambre

En la cause

Madame T \_\_\_\_\_, domiciliée à Genève, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître FIVIAN  
DEBONNEVILLE Sandra

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue des Gares 12, Genève

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK,  
Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Titulaire d'un certificat de capacité d'aide en pharmacie, Madame T \_\_\_\_\_, née en 1960, exerce une activité de commise administrative 3 à l'Etat de Genève. Elle a déposé auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI) une demande visant à la prise en charge d'une rééducation dans la même profession le 3 août 2006, alléguant souffrir des séquelles d'une opération du dos et d'un état dépressif.
2. Dans un rapport du 29 septembre 2006, le Docteur A \_\_\_\_\_, médecin traitant, a posé les diagnostics suivants :
  - status post-dynésis L5-S1 pour ostéochondrose en 2005
  - syndrome lombo-vertébral
  - état dépressif récurrent
  - OH chronique (actuellement en rémission)
  - hernie hiatale
  - sinusite chronique
  - pluri-allergie
  - tabagisme

Il a considéré que sa patiente pouvait exercer son activité professionnelle à raison de 50%.
3. Dans un rapport du 20 septembre 2007, le Dr B \_\_\_\_\_, psychiatre, a également fixé l'incapacité de travail à 50% depuis le 4 juin 2007.
4. Le 31 mars 2008, l'OAI a confié au Centre d'Observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) la mission de rendre une expertise bi-disciplinaire (rhumatologie-psychiatrie).

Le Dr C \_\_\_\_\_ a réalisé l'expertise le 1<sup>er</sup> juillet 2008. L'expert a retenu, à titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs sévères, avec dynésis L5-S1 en 2005, des cervicalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs sévères et discectomie avec prothèse discale C5-C6 en septembre 2007 et des traits de personnalité paranoïaque, et, à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, un syndrome algo-dysfonctionnel de l'articulation temporo-mandibulaire avec subluxation des deux condyles, une sinusite chronique persistante après opération en février 2008. Sa capacité de travail est de 50% depuis le printemps 2005, ce dans l'activité exercée jusqu'ici.

5. L'OAI a rendu un projet d'acceptation de rente le 18 juillet 2008, aux termes duquel il reconnaît le droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> avril 2006.
6. Par courrier du 22 novembre 2010 adressé au médecin-conseil du service de santé du personnel de l'Etat de Genève, le Dr D \_\_\_\_\_, rhumatologue, a confirmé une aggravation des douleurs lombaires, la récurrence d'une lombo-sciatique droite en relation avec un kyste arthro synovial L4-L5 droit, avec une nette encoche sur la face latérale droite du fourreau dural, et indiqué qu'une nouvelle IRM lombaire pratiquée le 4 novembre 2010 avait montré une arthrose importante des articulations inter apophysaires postérieures L4-L5, L5-S1, avec épanchement intra articulaire au niveau L4-L5. Selon le médecin, l'assurée présente actuellement une incapacité de travail complète et le pronostic reste plutôt sombre.
7. L'assurée a déposé une nouvelle demande le 24 novembre 2010, alléguant une aggravation de son état de santé, et précisant qu'elle avait cessé toute activité lucrative depuis septembre 2010.
8. Dans un rapport daté du 2 décembre 2010, le Dr E \_\_\_\_\_, neurochirurgien aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), retient une aggravation de l'état de santé sous forme de douleurs, dues à des lombosciatalgies droites depuis novembre 2010, s'étant développées dans le cadre d'un kyste arthrosynovial L4-L5 droit, et estime que la capacité de travail est nulle quelle que soit l'activité envisagée, depuis septembre 2010.
9. Le 23 mai 2011, le Dr D \_\_\_\_\_ a confirmé l'incapacité de travail entière.
10. Un examen rhumatologique du Service Médical Régional AI (SMR) a été réalisé par le Dr F \_\_\_\_\_ le 9 août 2011. Il en résulte une capacité de travail exigible de 40%, que ce soit dans l'activité habituelle de commise administrative ou dans une activité adaptée, ce depuis début juin 2011.
11. Le 27 septembre 2011, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel une rente entière pour un taux d'invalidité de 100% lui est versée à partir du 1er novembre 2010, et un trois-quart de rente basé sur un taux d'invalidité de 60% dès le 1er juin 2011.
12. L'assurée a été entendue le 20 octobre 2011. Elle demande l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle a communiqué à l'OAI plusieurs documents médicaux.
13. Après en avoir pris connaissance, le médecin du SMR, dans une note du 28 novembre 2011, a maintenu une capacité de travail de 40% quelle que soit l'activité envisagée dès juin 2011, étant rappelé qu'il n'a été fait mention dans aucun des documents, d'une aggravation de l'état de santé psychique.

14. Par décision du 20 mars 2012, l'OAI a confirmé son projet de décision.
15. L'assurée, représentée par Me Sandra FIVIAN DEBONNEVILLE, a interjeté recours le 7 mai 2012 contre ladite décision. Elle conclut, principalement, à l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> novembre 2010, et, subsidiairement, à ce qu'il soit ordonné une expertise pluridisciplinaire.
16. Dans sa réponse du 5 juin 2012, l'OAI a proposé le rejet du recours. Il relève en particulier que les divers courriers produits par l'assurée attestent essentiellement de la présence de douleurs ressenties, mais n'expliquent pas les raisons, en termes de limitations fonctionnelles, pour lesquelles elle ne serait pas en mesure d'exercer son ancienne activité adaptée à 40%. Sur le plan psychique, aucun médecin ne soutient qu'il se serait détérioré.
17. Par courriers des 8 juin, 14 juin et 26 juin 2012, l'assurée a transmis plusieurs nouveaux rapports médicaux, attestant de l'aggravation de son état de santé, de sorte que le médecin du SMR a admis, plus particulièrement sur la base de l'IRM lombaire du 1<sup>er</sup> juin 2012, une aggravation au niveau radiologique. Il estime toutefois que cette aggravation n'est pas à elle seule susceptible de modifier son avis de novembre 2011.
18. Les 16 juillet et 14 août 2012, l'assurée a produit de nouvelles pièces médicales.
19. A nouveau invité à se déterminer, le médecin du SMR a, dans une note du 28 août 2012, confirmé qu'il existait une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis avril 2012 du point de vue somatique (exacerbation des douleurs), radiologique (hypermobilité de l'interligne L5-S1, dont une discussion d'ordre chirurgical devrait avoir lieu) et psychiatrique. Il s'est fondé sur un courrier adressé par le Dr G \_\_\_\_\_, neurochirurgien, au Dr D \_\_\_\_\_ le 2 juillet 2012, aux termes duquel le spondylolisthésis responsable des lombalgies, est stable, précisant toutefois qu'une hyper-mobilité est bien visible sur l'imagerie dynamique qui se situe au-dessus de l'arthrodèse lombaire L5/S1 ; une prise en charge chirurgicale (fixation intersomatique par voie antérieure avec une cage L4/L5), qui permettrait d'améliorer les douleurs, est à discuter. Selon ce médecin, l'état de santé s'est aggravé depuis avril 2012 environ. Le médecin du SMR a également pris en considération les constatations du 29 juin 2012 du Dr H \_\_\_\_\_, neurochirurgien, selon lesquelles l'état de santé s'est aggravé depuis environ deux mois, en raison des radiculalgies bilatérales à bascule diminuant nettement la mobilité, et celles du Dr B \_\_\_\_\_, constatant, le 11 juillet 2012, une aggravation du point de vue psychiatrique spécialement marquée "depuis ces trois derniers mois", et ayant motivé une augmentation du traitement d'opiacée. Le Dr B \_\_\_\_\_ a relevé que l'assurée présentait une recrudescence de son état dépressif avec l'expression d'un sentiment de désespoir accompagné d'idées suicidaires, et a signalé l'existence de troubles neuro-psychologiques, ajoutant que

cet état de décompensation psychique sévère est inextricablement lié à l'intensité des douleurs, leurs conséquences au quotidien et à l'angoisse liée à l'évolution de la maladie.

Le médecin du SMR a ainsi considéré que l'aggravation étant postérieure à la décision litigieuse, les conclusions du SMR du 13 septembre 2011 restaient inchangées.

20. Par courrier du 30 août 2012, l'OAI a proposé à la Cour de céans de confirmer la décision du 20 mars 2012 et de renvoyer le dossier pour instruction médicale complémentaire postérieurement à cette date.
21. Le 14 septembre 2012, ayant pris connaissance de la proposition de l'OAI, l'assurée a toutefois souligné que son incapacité à reprendre une activité lucrative était entière "durant toute son absence pour cause de maladie", ce qui a été attesté par le Docteur J\_\_\_\_\_, médecin associé en santé-travail du Service de santé du personnel de l'Etat, en mars 2012 déjà, soit antérieurement à la décision litigieuse.

Dans deux courriers des 5 et 19 mars 2012, le Dr J\_\_\_\_\_ avait à cet égard indiqué qu' "au vu des éléments médicaux actualisés, et compte tenu de l'absence d'évolution de l'état de santé de *l'assurée*, une reprise de travail est inenvisageable à moyen, voire à long terme, et donc *l'assurée* est en incapacité de reprise d'activité totale à ce jour". Il atteste que l'assurée présente "une incapacité de travail à 100% depuis le 1<sup>er</sup> juin 2011 à ce jour, pour raison de maladie", étant précisé que "cette appréciation est fondée sur les consultations médicales du 6 avril 2011 et du 28 février 2011, ainsi que par les différents rapports médicaux obtenus auprès de ses médecins traitants".

Aussi l'assurée conteste-t-elle l'avis de l'OAI selon lequel son état de santé se serait dégradé postérieurement à la décision litigieuse et considère-t-elle que sa demande d'expertise reste fondée.

22. Le 3 octobre 2012, l'assurée a informé la Cour de céans qu'une procédure était actuellement pendante devant la CAISSE DE PREVOYANCE DU PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE ET DES FONCTIONNAIRES DE L'ADMINISTRATION DU CANTON DE GENEVE (CIA). Elle annonce qu'elle a été expertisée par la Dresse I\_\_\_\_\_ qui sera entendue par la Commission d'examen de la CIA, et souhaite que ce médecin soit entendu par la Cour de céans. Elle indique par ailleurs qu'elle a sollicité de l'OAI la notification d'une nouvelle décision "s'agissant du taux d'invalidité actuel, même si les mois entre juin 2011 et la nouvelle décision devait rester litigieux" (*l'OAI ne lui reconnaît le droit qu'à un trois-quart de rente depuis juin 2011*). Elle demande dès lors une décision intermédiaire qui constaterait le droit de l'assurée à une rente entière depuis l'aggravation que le SMR admet, étant rappelé qu'elle sollicite

*l'octroi d'une rente entière avant même la nouvelle aggravation reconnue par l'OAI.*

23. Le 26 novembre 2012, l'assurée a transmis à la Cour de céans copie de la décision rendue par la Caisse de pension, la CAISSE DE PRÉVOYANCE DU PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE ET DES FONCTIONNAIRES DE L'ADMINISTRATION DU CANTON DE GENÈVE (CIA), le 21 novembre 2012, aux termes de laquelle elle est reconnue invalide à 100%.
24. Le 17 janvier 2013, l'assurée a fait état d'une consultation pluridisciplinaire auprès des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG) dont elle avait fait l'objet le 18 décembre 2012, suivie d'un rapport daté du 19 décembre 2012 dont il résulte qu'une nouvelle intervention chirurgicale au niveau lombaire serait associée à une probabilité quasi nulle d'amélioration avec un risque opératoire d'aggravation des symptômes non négligeables. Les médecins des HUG ont conclu que la patiente présentait une incapacité totale de travail, ce pour une durée indéterminée, précisant au surplus qu'ils soutenaient totalement sa demande d'AI à 100%.
25. Ces courriers ont été adressés à l'OAI et la cause gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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.

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans

le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, et, après le 1<sup>er</sup> janvier 2008, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Interjeté dans la forme et les délais prévus par la loi (art. 56 ss LPGA), le présent recours est recevable.
5. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente entière de l'assurance-invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juin 2011, en lieu et place d'un trois-quarts de rente.
6. a) 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 1<sup>er</sup> janvier 2008).
- b) En vertu de l'art. 28 al. 2 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.

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).

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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

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

- b) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent

comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

8. c) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).
9. En l'espèce, l'OAI a réduit dès le 1<sup>er</sup> juin 2011 à un trois-quarts de rente la rente entière que recevait l'assurée depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2010. Il s'est fondé sur les conclusions de l'examen rhumatologique auquel a procédé le Dr F\_\_\_\_\_ le 9 août 2011, et selon lesquelles l'assurée présente une capacité de travail exigible de 40% que ce soit dans l'activité habituelle de commise administrative ou dans une activité adaptée, ce depuis début juin 2011.
10. L'assurée conclut quant à elle à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> novembre 2010.
11. Après avoir pris connaissance des nouvelles pièces médicales produites par l'assurée, le médecin du SMR a finalement admis qu'une aggravation de l'état de santé était survenue en avril 2012 du point de vue somatique, radiologique et psychiatrique (cf. note du 28 août 2012). L'OAI s'est dès lors déclaré prêt à reprendre l'instruction médicale du dossier postérieurement à cette date. La Cour de céans en prend acte.
12. Reste cependant à examiner si l'aggravation de l'état de santé est en réalité intervenue, non pas depuis avril 2012 seulement, mais antérieurement à la décision litigieuse rendue le 20 mars 2012.
13. L'OAI a justifié son refus d'admettre une aggravation de l'état de santé antérieurement à avril 2012, en se fondant sur l'avis du médecin du SMR. Dans sa note du 28 août 2012, celui-ci s'est quant à lui référé aux constatations des Drs G\_\_\_\_\_, H\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_ pour fixer à avril 2012 la date à compter de laquelle l'état de santé de l'assurée s'est aggravé.

La Cour de céans constate en effet que le Dr H\_\_\_\_\_ fait état le 29 juin 2012 d'une "aggravation récente" et précise qu'actuellement la symptomatologie s'aggrave avec, depuis deux mois, des douleurs radiculaires qui deviennent importantes. Le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué le 2 juillet 2012 que l'état de santé s'était aggravé depuis environ trois mois. Le Dr B\_\_\_\_\_ a également constaté le 11 juillet 2012 une aggravation, "spécialement marquée les trois derniers mois", de l'état somatique et algique dont souffre l'assurée.

Force est de constater que les trois médecins partagent le même avis quant à la date à laquelle est survenue l'aggravation de l'état de santé.

Il est vrai, ainsi que le relève l'assurée, que le Dr J\_\_\_\_\_ atteste en mars 2012 déjà d'une incapacité de travail entière depuis le 1<sup>er</sup> juin 2011 pour raison de maladie. Il précise s'être fondé sur les consultations des 6 avril 2011 et 28 février 2012, ainsi que sur les différents rapports médicaux du dossier. C'est toutefois l'absence d'évolution de l'état de santé de l'assurée qu'il a, en réalité, constatée lors de sa consultation de février 2012 (cf. son courrier du 5 mars 2012).

Il est vrai également que dans un rapport du 2 mai 2012, le Dr B\_\_\_\_\_ a lui aussi confirmé une incapacité de travail à 100%, décrivant le parcours médical de l'assurée depuis 2005 et qualifiant son dossier de "lourd". Il a à cet égard indiqué que "nous pensons que vu la longue évolution (cela fait plus de vingt ans que la patiente souffre de lombalgies) dont on voit actuellement l'apparition de prémisses d'états plus handicapants, il est exclu que la patiente puisse retravailler un jour et doit être mise au bénéfice d'une AI à 100%, comme nous l'avions déjà indiqué lors du rapport du 2 mai 2012 en accord avec les avis des Drs J\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_". Il n'en est pas moins vrai que si le Dr B\_\_\_\_\_ considère que l'incapacité de travail est depuis longtemps entière, il n'a fait état d'une aggravation que depuis avril 2012.

L'aggravation de l'état de santé ne peut dès lors, au vu de ce qui précède, être retenue qu'à compter d'avril 2012.

14. Il ne saurait ainsi être contesté que l'assurée présente une aggravation de son état de santé. Cette aggravation n'étant toutefois survenue qu'en avril 2012, soit après la notification de la décision du 20 mars 2012, elle ne peut être prise en considération dans le cadre du présent litige.

Aussi le recours doit-il être rejeté et le dossier renvoyé à l'OAI pour instruction sur l'aggravation survenue postérieurement à mars 2012, puis notification d'une nouvelle décision.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Renvoie la cause à l'OAI pour instruction sur l'aggravation survenue postérieurement à mars 2012, puis notification d'une nouvelle décision.
4. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'assurée.
5. 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

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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