

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2751/2012

ATAS/563/2013

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 4 juin 2013**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Madame A \_\_\_\_\_, domiciliée à CAROUGE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître BROTO Diane

recourante

contre

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

intimé

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

---

**EN FAIT**

1. Madame A \_\_\_\_\_, née en 1972 en Turquie, en Suisse depuis le 6 janvier 1989, a déposé une demande auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI) visant à l'octroi d'une rente d'assurance-invalidité le 18 novembre 2003.
2. Le Docteur L \_\_\_\_\_, neurochirurgien, a posé le diagnostic d'épendymome intra-médullaire cervical ; il en a pratiqué l'ablation totale le 19 septembre 2003. Il a considéré que l'incapacité de travail était entière depuis le 18 septembre 2003.
3. Le Dr M \_\_\_\_\_, généraliste FMH / O.R.L., a indiqué le 19 décembre 2003 que sa patiente souffrait depuis début 1999 d'une hernie discale cervicale et de migraines avec vertiges. Il indique qu'elle est incapable de travailler à 100% depuis le 9 décembre 2002 comme employée chez X \_\_\_\_\_ ; il ne peut en revanche pas encore se prononcer sur la question de savoir s'il est exigible d'elle qu'elle exerce une autre activité.
4. La Dresse N \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a, dans un rapport du 27 décembre 2003, retenu les diagnostics de trouble dépressif majeur, épisode isolé, sévère, sans caractéristiques psychotiques, cervicalgies chroniques, d'épendymome diagnostiqué et opéré en septembre 2003, de fourmillements depuis automne 2002, de dysesthésies avec impressions dysthermiques suite à l'opération essentiellement, associées à une lourdeur des membres inférieurs, et de signes séquellaires de l'épendymome passablement invalidants. Elle fixe l'incapacité de travail à 100% depuis le 9 décembre 2002.
5. Le 21 avril 2004, le Dr L \_\_\_\_\_ a rappelé que l'assurée avait présenté une tumeur intramédullaire se manifestant par des troubles lésionnels et sous-lésionnels qui, après l'extirpation du processus, se sont soldés par des déficits de type intra-axial avec troubles de la sensibilité profonde, trouble de thermoalgésie et troubles de la motricité, le tout prédominant à droite. Selon le médecin, ces différents troubles occasionnent une incapacité de travail d'au moins 50%.
6. Le Dr O \_\_\_\_\_, neurochirurgien, a confirmé le 27 avril 2004 une incapacité totale de travailler, à revoir dans quelques mois.
7. Le Dr M \_\_\_\_\_ - a relevé le 9 novembre 2004 que l'évolution était défavorable.
8. Dans un rapport du 18 janvier 2005, la Dresse N \_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé s'était aggravé. En effet, "la symptomatologie algique ne s'améliore pas, malgré un bon suivi thérapeutique chez le Dr O \_\_\_\_\_ (compliance aux traitements, nombreuses adaptations médicamenteuses). Sur le plan psychique,

cette limitation importante de sa mobilité, douleurs et fatigabilité considérables, ont un retentissement considérable dans son quotidien, d'autant plus que cette patiente ne bénéficie pas d'un soutien, qu'elle reconnaîtrait comme adéquat, par son mari. Le problème conjugal s'est en effet aggravé, la communication entre eux devenant très conflictuelle, tant dans le domaine de la vie familiale, l'éducation de leur enfant, que dans les sphères sociale et sentimentale. La patiente bénéficie de la poursuite de la psychothérapie avec adjonction médicamenteuse (...). Néanmoins, le pronostic de santé n'est pas favorable dans le contexte de vie actuelle, comme cela vient d'être évoqué. Cependant, cette patiente est consciente des difficultés qu'elle traverse et épuise peu à peu ses mécanismes de détresse, ce qui lui permettra peut-être de prendre des décisions plus salutaires : meilleure adaptation dans le couple notamment."

La Dresse N\_\_\_\_\_ relève que la capacité de travail était déjà très atteinte auparavant, et se réfère à son rapport du 27 décembre 2003. Elle considère que sa patiente ne peut plus travailler comme employée chez X\_\_\_\_\_, et qu'une autre activité est inenvisageable actuellement.

9. Dans un rapport du 2 août 2005, le Dr O\_\_\_\_\_ a déclaré que l'état de santé était resté stationnaire depuis décembre 2003. Il confirme une incapacité de travail entière, et précise que l'assurée effectue les travaux ménagers et s'occupe de son enfant. Il envisage cependant un retour au travail, qui pourrait intervenir à terme à 50%. Il relève que sa patiente souffre de troubles sensibles et de douleurs résiduelles, et à la question de savoir s'il y a une bonne concordance entre les plaintes et son examen clinique, il répond "pas totale".
10. L'OAI a mandaté le Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), Clinique de Genolier, pour expertise multidisciplinaire. Les Dr P\_\_\_\_\_, neurologue, et Q\_\_\_\_\_, psychiatre, ont réalisé l'expertise les 29 novembre et 5 décembre 2005. Un rapport a été établi le 31 janvier 2006. Les diagnostics posés sont un status après cure d'épendymome cervical C4-C5 (19 septembre 2003) et des troubles neurologiques médullaires séquellaires modérés. Un état dépressif réactionnel d'intensité mineure à moyenne a également été retenu, toutefois sans répercussion sur la capacité de travail. Les experts ont indiqué que sur le plan physique, les plaintes et troubles séquellaires présentés par l'assurée représentaient une cause de limitation dans les activités physiques lourdes et entraînaient une perte de rendement liée à la fatigabilité de 50% dans l'activité exercée jusqu'ici, ainsi que dans l'activité de femme au foyer. Aucune limitation n'a été relevée sur le plan psychique et mental. Ils ont considéré que l'activité exercée préalablement était encore exigible à un taux de 50% (activité à plein temps avec un rendement de 50% ou activité à mi-temps avec un rendement de 100%, en prenant soin tout de même d'éviter à la patiente un engagement physique par trop lourd). L'activité antérieure est exigible sur le plan psychique. Ils admettent les incapacités de travail ordonnées par le médecin traitant avec reconnaissance d'une capacité de

travail de 50% à partir de la présente expertise. La capacité de travail sur le plan psychique est quant à elle complète.

11. Dans une note du 15 mars 2006, le médecin du Service médical régional (SMR), prenant connaissance du rapport d'expertise, constate que sur le plan psychiatrique, l'assurée a développé un état dépressif réactionnel actuellement d'intensité mineure à moyenne, dont l'intensité et les facteurs contextuels ne justifient pas une incapacité de travail de longue durée, et ne représentent pas d'invalidité au sens de l'AI. Sur le plan somatique, les neurologues consultés, ainsi que l'expert neurologue, s'accordent à dire que les atteintes séquellaires engendrent des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée, et que celle-ci est estimée exigible à 50% dans toute activité. L'incapacité de travail remonte au 9 décembre 2002, lors du développement d'une symptomatologie significative qui a conduit au diagnostic de la tumeur. Selon les experts, la capacité de travail de 50% est jugée exigible à partir de décembre 2005, date de l'expertise.
12. L'OAI a considéré que l'assurée, mère d'un enfant en 2000, qui a travaillé en moyenne une trentaine d'heures durant les deux années qui ont précédé la survenance de l'invalidité (2003), aurait vraisemblablement continué à travailler à temps partiel, si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé. Une enquête ménagère a dès lors été ordonnée.

Dans une note de travail du 29 mai 2006 toutefois, la personne chargée de réaliser l'enquête ménagère a relevé que l'assurée avait fourni des documents attestant d'un statut d'active à 100%. Elle avait en effet commencé à travailler à l'âge de 18 ans chez X\_\_\_\_\_ à 100% et n'avait jamais modifié son temps de travail depuis. Ayant un enfant âgé de 5 ans et demi, et une mère à charge financièrement en Turquie, elle n'avait jamais envisagé de réduire son temps de travail, d'autant moins que son mari était au chômage ces derniers temps.

13. Par décision du 30 juin 2006, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité du 9 décembre 2003 au 1<sup>er</sup> mars 2006, puis à une demi-rente, une amélioration de son état de santé ayant été constatée lors de l'expertise effectuée en décembre 2005.
14. Par courrier du 10 mars 2008, le Dr O\_\_\_\_\_ a demandé à l'OAI si l'assurée pourrait reprendre une activité, par exemple à 30% pour commencer, puis à 50% le cas échéant, tout en tenant compte "de ses douleurs chroniques assez pénibles sur l'hémicorps droit, éviter tout effort physique, mais en milieu protégé".

Le 14 mars 2008, l'OAI a confirmé que l'assurée avait la possibilité de reprendre son ancienne activité aux taux indiqués sans que cela ne modifie son droit à sa demi-rente.

15. Dans le cadre d'une révision de son dossier, l'assurée a, le 28 août 2009, déclaré qu'elle n'avait en réalité pas repris d'activité.

Le Dr O\_\_\_\_\_ a confirmé le 16 septembre 2009 que l'état de santé était resté stationnaire, et relevé la persistance de douleurs sur l'hémicorps droit.

Le 21 septembre 2009, l'OAI a informé l'assurée qu'elle continuerait de bénéficier de la même rente.

16. Par courrier du 24 août 2010 adressé à l'OAI, mais en réalité destiné au SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES, le Dr O\_\_\_\_\_ a déclaré que :

"Cette patiente m'apprend qu'elle éprouve quelques difficultés concernant son degré d'invalidité. Je précise qu'il avait été fixé par l'AI à 50% suite à l'intervention sur la tumeur cervicale et ses conséquences. Par ailleurs, l'évolution des douleurs qui est très négative et qui l'oblige à prendre une médication lourde quotidienne, ne lui permet pas d'envisager un véritable travail. Elle s'occupe de son ménage pour les autres 50%. J'espère que ces précisions vous permettront de calculer ses droits au plus juste."

17. Dans un nouveau questionnaire pour la révision de la rente, l'assurée a indiqué le 24 octobre 2011, que son état de santé s'était aggravé depuis septembre 2009, en raison de l'augmentation des douleurs et d'une perte de sensibilité à droite. Elle précise qu'elle bénéficie d'une aide (FSAD) à raison de deux heures par semaine pour le repassage et l'aspirateur.

18. Dans un rapport du 9 décembre 2011, le Dr O\_\_\_\_\_ a attesté du fait que l'état de santé était resté stationnaire. Il considère qu'une reprise de travail n'est pas possible actuellement.

19. Le 3 février 2012, l'OAI a informé l'assurée du maintien de sa demi-rente d'invalidité.

20. L'assurée s'y est opposée le 8 mars 2012. Le 13 mars 2012, le Dr O\_\_\_\_\_ rappelle qu' "aucune activité autre que les tâches ménagères minimales ne peuvent être assurées par cette patiente. Dans ces conditions, il me paraît difficile de considérer qu'elle est apte à 50%".

21. Dans une note du 2 août 2012, le médecin du SMR constate que le Dr O\_\_\_\_\_ ne met pas en évidence d'aggravation de l'état de santé ou de nouvelles atteintes depuis décembre 2011, date à laquelle il retenait un état stationnaire, de sorte que les conclusions de l'avis SMR du 3 février 2012 restent valables.

22. Le 6 novembre 2012, le Dr O\_\_\_\_\_ se détermine comme suit à la demande de la mandataire de l'assurée :

"Sur le plan neurologique, sa situation est stable, à savoir que les séquelles de l'intervention chirurgicale pratiquée à l'hôpital en 2003 pour une tumeur intramédullaire, persistent sous la forme de perte de sensibilité au niveau de l'hémicorps droit avec des éléments de douleurs fulgurantes pouvant survenir par période et augmenter par le stress. Les divers contrôles neuroradiologiques pratiqués dans les années qui ont suivi n'ont jamais montré de récurrence de la tumeur.

Dans ce cadre, l'invalidité de la patiente ne dépasse pas 50% comme cela avait été admis.

En revanche, sa situation psychologique s'est passablement aggravée avec les années, en raison des difficultés conjugales chroniques et importantes, un état dépressif s'est installé, ce qui a fortement diminué sa résistance aux douleurs séquellaires de l'intervention neurologique, elle est suivie par un psychiatre pour cette raison et cet état a pour conséquence qu'elle n'a pas la possibilité d'effectuer un travail représentant les 50% non couverts par l'assurance-invalidité. Elle doit par ailleurs assurer la garde de l'enfant, ainsi que le ménage et elle ne reçoit aucune aide de son mari, ni sur le plan pratique, ni sur le plan financier, ce dernier étant en fin de droit au chômage.

C'est donc essentiellement la situation sociale et psychologique de la patiente qui motive l'aggravation au niveau de sa santé et qui la rend invalide à 100%."

23. Par décision du 13 août 2012, l'OAI a rejeté la demande d'augmentation de rente, considérant qu'il n'y a pas d'élément nouveau signalant une aggravation de son état de santé.
24. L'assurée, représentée par Me Diane BROTO, a interjeté recours le 12 septembre 2012 contre ladite décision. Elle a complété ses écritures le 1<sup>er</sup> novembre 2012.

Elle demande l'audition du Dr O \_\_\_\_\_, ainsi qu'une expertise multidisciplinaire.

Elle considère en effet que l'OAI a insuffisamment instruit sa demande du 24 octobre 2011. Son état de santé s'est manifestement aggravé entre la première décision d'octroi de la demi-rente le 29 mai 2006 et sa demande de réexamen du 24 octobre 2011.

Elle reproche au SMR de jouer sur les mots, dans la mesure où celui-ci se refuse à entrer en matière sur une éventuelle diminution de sa capacité de travail, au motif que le Dr O \_\_\_\_\_ a, dans son rapport du 9 décembre 2011, indiqué que l'état de santé était resté stationnaire, et parallèlement décrit la capacité de travail comme étant nulle. Elle rappelle que le Dr O \_\_\_\_\_ n'a jamais considéré que sa capacité de travail était supérieure à 0%. Il s'était limité à prévoir qu'elle devrait pouvoir à terme travailler à 50%, prédiction qui s'est manifestement révélée erronée. Aussi la fixation de la capacité de travail à 50% était uniquement fondée sur l'expertise du 31 janvier 2006. En conséquence, lorsque le Dr O \_\_\_\_\_

déclare que l'état de santé de sa patiente est stationnaire, et que sa capacité de travail est nulle, il est en parfaite cohérence avec ses précédents rapports médicaux. L'OAI y a cependant vu une contradiction.

25. Dans sa réponse du 3 décembre 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il considère que l'instruction du dossier permet de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail de l'assurée, de sorte que la mise en œuvre de mesures d'investigation complémentaire s'avère inutile. Il relève plus particulièrement à cet égard que le Dr O\_\_\_\_\_ a déjà eu l'occasion de se prononcer dans le cadre de l'instruction.
26. Dans sa réplique du 4 janvier 2013, l'assurée persiste dans ses conclusions. Elle produit le 23 janvier 2013 un courrier du Dr O\_\_\_\_\_ daté du 17 janvier 2013, et aux termes duquel

"Il y a visiblement une incompréhension de leur part, j'avais essayé d'être clair en disant que sur le plan de la motricité suite à son intervention cervicale, la situation était stabilisée, qu'il n'y avait pas de péjoration, en revanche que les douleurs post-opératoires qui étaient modérées au début se sont fortement accentuées en raison des conditions sociales dans lesquelles vivait cette patiente.

Actuellement, elle est obligée de prendre un traitement antalgique continu fortement dosé et c'est pour cette raison que je pensais qu'il était justifié de la mettre à 100% ne voyant pas comment elle pourrait travailler dans ces conditions, elle arrive juste à s'occuper de son enfant et je pense que le recours que vous avez déposé est justifié, je tenterai de le réexpliquer aux offices de l'assurance-invalidité s'il y a une réévaluation ou à un confrère s'il y avait nécessité d'organiser une expertise."

Elle se réfère également à un certificat établi par la Dresse N\_\_\_\_\_ le 1<sup>er</sup> décembre 2012, selon lequel

"Cette patiente m'est connue depuis février 2003, elle m'a alors été adressée par son médecin traitant et par son neurologue, le Dr O\_\_\_\_\_.

Sur le plan psychique, elle présentait une anticipation anxieuse face à son avenir, une perte d'espoir en sa situation et une baisse importante de son état général, qui vous est connue par les précisions communiquées par son neurologue dans sa lettre du 6 novembre 2012.

Il est apparu dans la suite des entretiens que cette patiente avait au premier plan des difficultés conjugales croissantes, ayant le sentiment de n'être pas soutenue affectivement par son mari dans ses problèmes de santé, et d'assumer seule les activités du ménage et de l'éducation de leur enfant, son mari étant concentré sur ses intérêts personnels hors de la famille. (...)

L'incapacité de travail était déjà totale sur le plan psychique en 2003, et dans le rapport de 2005, je note une péjoration graduelle dans le quotidien de la patiente,

avec une fatigabilité importante, qui rend très difficile la poursuite des tâches quotidiennes assumées toujours quasiment seule. (...)

Ma patiente au fil des années a maintenu ses efforts pour améliorer sa relation conjugale, venant me revoir en entretiens lors des périodes où son état général s'affaiblissait.

J'ai pu alors relever que la situation ne s'améliorait pas, voire empirait. (...)

Sur le plan diagnostique psychique, on peut retenir la persistance d'un trouble dépressif majeur, récurrent, sévère sans caractéristiques psychotiques (CIM10 : F 33.3).

Il n'existe pas de trouble de la personnalité, ni du cours ou du contenu de la pensée. Comme je l'avais indiqué dans les deux rapports AI de 2003 puis 2005, le pronostic n'est guère favorable sur le plan psychique, et si elle a cependant pu se déterminer à mettre fin à une situation de couple défavorable pour elle et son enfant, cette patiente va néanmoins désormais assumer tout à fait seule les tâches de la vie quotidienne, et n'a aucunement l'énergie psychique nécessaire pour avoir en plus une capacité de travail à l'extérieur.

Sur le plan psychique, on peut donc retenir qu'elle est en incapacité de travail à 100%."

27. Dans sa duplique du 31 janvier 2013, l'OAI se réfère à l'avis du médecin du SMR du 31 janvier 2013, et maintient ses conclusions. Le médecin du SMR a constaté que dans son courrier du 17 janvier 2013, le Dr O\_\_\_\_\_ confirme que sur le plan des séquelles, celles-ci sont stables, et que ce sont avant tout des conditions socio-familiales difficiles qui ont entraîné une augmentation des douleurs, qu'il n'y a au demeurant ni péjoration neurologique de l'état de santé, ni perte de l'intégration sociale, puisque l'assurée s'occupe de son enfant. Le SMR considère dès lors qu'il n'y a pas d'aggravation objective de l'état de santé. Le trouble douloureux n'est pas incapacitant et il n'y a pas de maladie psychiatrique incapacitante, puisqu'il s'agit avant tout de facteurs sociaux et familiaux.
28. Par courrier du 18 mars 2013, l'assurée relève que malgré l'avis concordant de ses deux médecins traitants qui concluent à une aggravation de son état psychique, l'OAI refuse d'instruire ce volet, ce qui confirme une fois de plus le bien-fondé du grief qu'elle avait formulé, selon lequel l'instruction de sa demande de réexamen du 24 octobre 2011 avait été insuffisante.
29. Ce courrier a été transmis 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 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.

2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Le litige porte sur le point de savoir si l'état de santé de l'assurée s'est aggravé depuis septembre 2009, date à laquelle son droit à une demi-rente d'invalidité avait été confirmé.
4. L'art. 17 al. 1er loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).
5. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).
6. Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Il convient encore de souligner qu'aux termes

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

7. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).
8. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.
9. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le jugement, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).
10. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61

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

11. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).
12. S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).
13. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances

---

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).

14. Il convient de rappeler que, par décision du 30 juin 2006, l'OAI avait reconnu le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité du 9 décembre 2003 au 1<sup>er</sup> mars 2006, puis à une demi-rente. Il s'était fondé, d'une part, sur les rapports des médecins traitants, selon lesquels la capacité de travail était nulle depuis décembre 2002, date à laquelle l'épendymome avait été diagnostiqué et, d'autre part, sur l'expertise multidisciplinaire du 31 janvier 2006, selon laquelle, sur le plan somatique, une capacité de 50% dans l'activité exercée jusqu'ici était exigible à partir de décembre 2005, date à laquelle l'expertise avait été réalisée.

Suite à une demande de révision déposée par l'assurée, le droit à la demi-rente a été confirmé le 21 septembre 2009, le Dr O\_\_\_\_\_ ayant attesté que l'état de santé était resté stationnaire.

Le 24 octobre 2011, l'assurée a à nouveau fait valoir une aggravation de son état de santé depuis septembre 2009, en raison de l'augmentation des douleurs et d'une perte de sensibilité à droite.

Par décision du 3 février 2012, l'OAI a considéré qu'aucun élément nouveau ne justifiait la révision du dossier. Il se réfère aux constatations du Dr O\_\_\_\_\_ selon lesquelles "ce sont avant tout des conditions socio-familiales difficiles qui ont entraîné une augmentation des douleurs" et rappelle que le médecin indique que l'état de santé de sa patiente est stationnaire.

Dans son recours, l'assurée reproche à l'OAI d'avoir refusé, malgré l'avis concordant de ses deux médecins traitants qui concluent à une aggravation de son état psychique, d'instruire ce volet, ce qui confirme le fait que l'instruction de sa demande a été insuffisante. Elle admet que le Dr O\_\_\_\_\_ qualifie son état de santé de stationnaire, mais rappelle que celui-ci a toujours considéré que sa capacité de travail était nulle.

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

neurologique, qu'elle est suivie par un psychiatre pour cette raison et que cet état a pour conséquence qu'elle n'a pas la possibilité d'effectuer un travail représentant les 50% non couverts par l'assurance-invalidité. Il en conclut que "c'est donc essentiellement la situation sociale et psychologique de la patiente qui motive l'aggravation au niveau de sa santé et qui la rend invalide à 100%."

La Dresse N\_\_\_\_\_ décrit également dans son certificat du 1<sup>er</sup> décembre 2012 des difficultés sur le plan psychique impliquant une incapacité de travail de 100% en 2003 déjà. Elle constate que la situation familiale empire au cours des années, de sorte qu'elle retient actuellement "la persistance d'un trouble dépressif majeur récurrent sévère sans caractéristiques psychotiques".

16. Il y a lieu d'observer que la situation en relation avec les séquelles dues à l'épéndymome est stable. Le Dr O\_\_\_\_\_ a à cet égard confirmé que les contrôles neuroradiologiques pratiqués dans les années qui ont suivi l'intervention pratiquée en 2003 n'ont jamais montré de récurrence de la tumeur. Le médecin a admis que dans ce cadre, l'invalidité de sa patiente ne dépassait pas 50%.

Les médecins traitants allèguent en revanche une aggravation progressive de l'état psychique de l'assurée, la Dresse N\_\_\_\_\_ posant actuellement un trouble dépressif majeur récurrent sévère. Ce médecin toutefois ne motive pas son diagnostic. Elle se borne à préciser que l'assurée vient "la revoir en entretiens lors des périodes où son état général s'affaiblissait". On peut à cet égard s'étonner que celle-ci ne la consulte pas à un rythme plus régulier et plus fréquent, dans la mesure où un diagnostic de trouble dépressif majeur récurrent sévère est retenu. Elle explique l'état de santé psychique de sa patiente par les difficultés conjugales et une fatigabilité importante, lesquels rendent difficile l'accomplissement des tâches quotidiennes. Le Dr O\_\_\_\_\_ a de même indiqué que c'était essentiellement la situation sociale et psychologique de la patiente qui motivait l'aggravation de son état de santé.

Or, si la Cour de céans est consciente des difficultés rencontrées par l'assurée et du caractère préoccupant de ses problèmes familiaux, il s'agit-là de facteurs étrangers à l'invalidité qui ne peuvent être pris en considération. En effet, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n°1209 p. 335).

Il y a également lieu de relever que les médecins traitants estiment tous deux l'incapacité de travail à 100% depuis 2003. Dès lors, l'aggravation dont ils font état

ne constitue vraisemblablement pas un changement des circonstances suffisamment important pour justifier une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA, étant au surplus rappelé qu'il n'y a pas non plus matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la diminution ou de l'augmentation de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas.

La Cour de céans renonce à procéder à des enquêtes, et plus particulièrement à entendre le Dr O \_\_\_\_\_, considérant qu'elle est suffisamment renseignée en l'état au vu des pièces du dossier et des nombreux rapports de ce médecin.

17. Eu égard à ce qui précède, le recours est rejeté.
18. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, l'assurée étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais , émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986; RS E 510. 03).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument.
4. 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