

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/470/2011

ATAS/827/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 septembre 2011

2<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Madame C\_\_\_\_\_, domiciliée aux AVANCHETS, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER  
FÜLLEMANN

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et  
Evelyne BOUCHAARA, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame C \_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1953, d'origine roumaine et naturalisée suisse, est arrivée en Suisse en 1978. Elle a essentiellement travaillé en qualité d'employée de bureau et a étudié, en parallèle, l'histoire de l'art à la faculté de lettres de l'Université de Genève jusqu'en 1991, puis a touché des prestations de l'assurance-chômage du mois de novembre 1991 au 1<sup>er</sup> août 1992, et a enfin travaillé, en qualité d'employée de bureau, auprès de la Mairie de Vernier du mois de novembre 1992 au mois de janvier 1993.
2. Le 9 décembre 1993, l'assurée a déposé une première demande de prestations d'invalidité auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI), visant l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession et de mesures médicales de réadaptation spéciales. Elle a indiqué souffrir d'une atteinte de la vue.
3. Dans un rapport du 13 janvier 1994, la Dresse L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en ophtalmologie, a posé les diagnostics de hyposécrétion lacrymale, de myopie bilatérale et de notion anamnétique du diabète. Il n'y avait pas d'incapacité de travail.
4. Le 1<sup>er</sup> mars 1994, la Dresse M \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en ophtalmologie, a retenu que l'assurée présentait une importante sécheresse lacrymale bilatérale, associée à une conjonctivite gauche chronique, occasionnant à gauche une baisse de vision associée à des fluctuations avec une vision de cet œil oscillant entre 1/10 et 4/10, en fonction de l'état cornéen. De plus, il existait également un astigmatisme myopique bilatéral et un début de presbytie. Un traitement lubrifiant chronique et astreignant était indiqué.
5. Par attestation du 16 mars 1993, la Dresse N \_\_\_\_\_, généraliste et médecin traitant de l'assurée, a relevé que celle-ci était en traitement pour un diabète, depuis le mois de janvier 1992, et qu'elle devait suivre un régime alimentaire de longue durée.
6. Par décision du 8 avril 1994, la Caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après CCGC) a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif que son atteinte à la santé n'entraînait pas d'incapacité de travail, de sorte qu'aucune des prestations de l'assurance-invalidité ne pouvait lui être allouée.
7. Par rapport du 30 mai 1994, la Dresse M \_\_\_\_\_ a signalé que l'assurée souffrait essentiellement d'une kérato-conjonctivite gauche chronique avec des poussées d'exacerbation, d'un astigmatisme myopique, d'une importante hyposécrétion lacrymale bilatérale, ainsi que d'allergies multiples, d'un discret diabète, d'une hypertension artérielle et d'une hypothyroïdie. Elle ne retenait pas

d'incapacité de travail dans l'activité habituelle d'employée de bureau, toutefois, un certificat d'arrêt de travail allait certainement être délivré lors des poussées d'exacerbation de la kérato-conjonctivite gauche, invalidante tant sur le plan douloureux que visuel.

8. Sur recours de l'assurée contre la décision de la CCGC du 8 avril 1994, la Commission cantonale de recours en matière d'AVS-AI-APG-PCF-PCC a rendu, en date du 2 février 1995, une décision par laquelle elle a admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise médicale et nouvelle décision.
9. Le 14 décembre 1995, l'assurée a déposé une seconde demande de prestations auprès de l'OAI, en expliquant notamment qu'elle souffrait d'une dépression nerveuse depuis 1991 en tous les cas.
10. L'OAI a mis en œuvre une expertise qu'il a confiée aux médecins du Département de médecine communautaire des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG), lesquels ont rendu leur rapport en date du 22 février 1996, après avoir procédé notamment à un examen ophtalmologique et psychiatrique.

Les médecins ont retenu les diagnostics suivants : une conjonctivite tarsale avec état irritatif chronique d'origine indéterminée, une dépression majeure de degré moyen avec trouble de la personnalité limite et narcissique, un diabète non insulino-dépendant, une hypertension artérielle, une hypothyroïdie substituée et une obésité (BMI à 35 kg/m<sup>2</sup>).

Ils ont expliqué que le diabète non insulino-dépendant était actuellement compensé par un traitement d'antidiabétiques oraux, sans répercussions rénales, oculaires ou autres. De plus, grâce à un traitement de lipanthyl, il n'y avait pas d'hypercholestérolémie. L'hypertension artérielle, connue depuis 1983 environ, était actuellement bien compensée par un traitement de Tenormin mite et l'hypothyroïdie bien substituée par un traitement d'Eltroxin. Par ailleurs, la conjonctivite se répercutait sur l'acuité visuelle, notamment à gauche. En ce qui concernait enfin la dépression majeure moyenne et le trouble de la personnalité l'accompagnant, ils péjoraient le pronostic, bien que l'assurée soit actuellement sous médication antidépressive et suivie régulièrement pour un travail psychothérapeutique.

Dans le cadre de l'anamnèse, ils ont également noté la présence d'une discrète dyspnée à l'effort.

Les médecins ont conclu que l'assurée présentait plusieurs pathologies chroniques, lesquelles étaient actuellement bien compensées avec des traitements médicamenteux, à l'exception du problème psychiatrique. Ainsi, les atteintes somatiques décrites dans le rapport, et notamment les atteintes oculaires, n'avaient

pas d'incidence sur une activité lucrative, tout au plus l'atteinte à l'intégrité oculaire pouvait-elle être estimée à 5%. Cependant, l'état dépressif et surtout le trouble de la personnalité justifiaient une rente d'invalidité de 50%, ce pour autant que l'assurée poursuive sa médication antidépressive et sa thérapie psychiatrique. Ils ne pensaient pas qu'un reclassement professionnel soit nécessaire.

11. Par rapport du 22 mai 1996, la Dresse O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de dépression majeure chez une personnalité à forts traits paranoïaques, de diabète, d'obésité et de hypothyroïdie avec hypertension artérielle. Elle a constaté que l'assurée était très méfiante, hypervigilante et s'attendait à être trompée à tout instant ; elle ne supportait pas la critique, même si elle était justifiée, et avait tendance à se sentir facilement froissée ou attaquée ; elle était prompte à la contre-attaque et en alerte permanente contre tout signe d'injustice ou de menace de l'environnement ; égocentrique, l'assurée attribuait une importance exagérée à sa propre personne, ce dont découlait toute une série de conflits relationnels très importants, même avec ses proches.
12. Le 7 juin 1996, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision dont il résultait qu'il se proposait de lui reconnaître le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 5 janvier 1994.
13. Par décision du 20 août 1996, l'assurée a ainsi été mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 1994. Cette décision est entrée en force.
14. L'OAI a entrepris une procédure de révision de la rente durant le mois de février 2005. Dans un questionnaire idoine, l'assurée a indiqué que son état de santé s'était aggravé graduellement depuis un ou deux ans. En effet, sa sécheresse oculaire était devenue chronique, avec deux à trois crises par semaine, et elle souffrait notamment d'un problème d'arthrose aux genoux et à la colonne vertébrale. Par ailleurs, elle a relevé qu'elle travaillait occasionnellement et uniquement en période scolaire, précisant qu'elle était remplaçante auprès de l'École de décors de théâtre du 4 octobre 2004 au 26 mai 2005, travaillant au maximum trois heures par semaine.
15. Par rapport du 30 mars 2005, le Dr P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en ophtalmologie, a posé les diagnostics suivants, précisant qu'ils n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail : un diabète et une hypertension artérielle (HTA), présents depuis 1989, et une sécheresse oculaire, existante depuis 1995 environ. L'assurée ne présentait pas d'incapacité de travail. D'après le médecin, l'activité précédemment exercée était encore exigible.
16. Dans un rapport du mois de mai 2005, la Dresse N\_\_\_\_\_, généraliste et médecin traitant de l'assurée, a déclaré que celle-ci souffrait d'une dépression sur personnalité borderline, d'un diabète type II, d'une obésité morbide et d'une HTA

traitée. Elle a également retenu des diagnostics n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail, soit ceux de troubles dégénératifs cervico-dorso-lombaires, de gonarthrose bilatérale, de blépharo-conjonctivite sur œil sec et de hypothyroïdie. L'assurée s'était notamment plainte d'une légère dyspnée d'effort, de douleurs lombaires et de gonalgies à la station debout prolongée, de fréquentes hyperhémies conjonctivales, qui l'handicapaient pour lire et écrire, et d'une tendance à la nervosité. D'après le médecin, l'activité habituelle d'enseignante, exercée durant trois heures par semaine, était encore exigible.

17. Par pli du 5 août 2005, l'École de décors de théâtre a informé l'OAI que l'assurée avait travaillé comme remplaçante, à raison de trois heures par semaine, du 4 octobre 2004 au 18 mai 2005, pour un revenu horaire brut de 70 francs.
18. Le 9 août 2005, l'OAI a communiqué à l'assurée que son degré d'invalidité avait été examiné et qu'il n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente. Elle allait ainsi continuer de bénéficier de la même rente, basée sur un degré d'invalidité de 50%.
19. Durant le mois d'août 2010, l'OAI a entamé une seconde procédure de révision du droit à la rente de l'assurée. Dans un questionnaire daté du 1<sup>er</sup> septembre 2010, celle-ci a attesté que son état de santé s'était aggravé depuis le début de l'année 2008. Ses affections étaient les suivantes : hypertension, cholestérol, arthrose des genoux et de la région lombaire, diabète actuellement insulino-dépendant, bronchites à répétition, ayant évolué jusqu'à la pneumonie durant le printemps 2009, syndrome du tunnel carpien et état dépressif. Elle a ajouté qu'elle travaillait actuellement de manière bénévole, 5 heures par semaine, pour l'École de décors de théâtre. En effet, la situation financière de cette institution s'était détériorée.
20. Le 17 septembre 2010, la Dresse Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et en endocrinologie-diabétologie, a informé l'OAI qu'elle suivait l'assurée uniquement sur le plan du diabète dans le but d'optimiser sa prise en charge. Elle a posé les diagnostics de diabète de type 2 avec importante insulino-résistance et d'obésité, mais ne pouvait pas se prononcer sur une limitation dans ce contexte.
21. Par décision du 19 octobre 2010, l'OAI a déterminé le montant de la demi-rente d'invalidité due à l'assurée dès le 1<sup>er</sup> novembre 2010, en tenant compte du fait que son époux avait atteint l'âge de 65 ans.
22. Par rapport du 21 octobre 2010, la Dresse R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assurée depuis le début de l'année 2010, a retenu les diagnostics suivants : une dépression moyenne, avec trouble de la personnalité, un diabète insulino [-dépendant] traité, une obésité morbide (BMI=39), une dyslipidémie et une conjonctivite chronique sans composante allergique. Elle a constaté l'existence d'une dyspnée d'effort, de douleurs articulaires, de transpirations et d'une dysthymie. L'assurée ne pouvait se déplacer

que difficilement, ne maintenait pas longtemps la même posture, était irritable, d'humeur labile et présentait des troubles de la mémoire. L'incapacité de travail était de 90% dans l'activité de professeure remplaçante de l'histoire de l'art, activité qu'elle ne pouvait exercer plus de 5 heures par semaine (10-15%). Le rendement était réduit, car l'assurée avait besoin de plus de temps dans le cadre de son activité professionnelle. Une amélioration de la capacité de travail n'était pas envisagée, car l'assurée souffrait de maladies chroniques qui s'aggravaient avec le temps. D'après le médecin, le pronostic était défavorable.

Elle a joint, à son rapport, un courrier du 1<sup>er</sup> octobre 2010 établi par la Dresse Q\_\_\_\_\_, laquelle a constaté que les glycémies étaient insuffisantes et a proposé une nouvelle prise en charge du diabète. Elle a signalé que l'assurée était consciente d'être soumise à un stress considérable contribuant, dans une certaine mesure, à un équilibre glycémique difficile à obtenir.

23. Par communication du 2 novembre 2010 adressée à l'assurée, l'OAI a estimé que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente, de sorte qu'elle allait continuer de bénéficier d'une demi-rente d'invalidité.
24. Par pli du 26 novembre 2010, l'assurée a contesté la prise de position de l'OAI. D'après elle, celui-ci aurait dû tenir compte du rapport de la Dresse R\_\_\_\_\_, laquelle avait déterminé que son état de santé s'était modifié et a sollicité, si nécessaire, une contre-expertise médicale. Elle a précisé que depuis plus de 4 ans et demi, elle travaillait dans une école privée de manière non rémunérée.
25. Dans un avis du 13 janvier 2011, le Dr S\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après SMR), a estimé, sur la base des différents rapports présents au dossier, que l'obésité morbide n'entraînait pas, en tant que telle, d'incapacité de travail durable, que les glycémies s'étaient péjorées, sans toutefois qu'il y ait des complications du diabète, telles que des complications neurologiques, ophtalmologiques, cardiaques et rénales, de sorte qu'il n'existait pas de limitations fonctionnelles supplémentaires par rapport à celles reconnues antérieurement. De plus, il considérait qu'il n'y avait pas d'aggravation sur le plan dépressif, attendu que les Drs R\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ n'en mentionnaient pas, et qu'il n'y avait pas eu d'examen, de traitement ou de suivi psychiatrique depuis 2005. Partant, il a conclu que les éléments rapportés par la Dresse R\_\_\_\_\_ n'étaient pas plausibles et que l'incapacité de travail n'avait pas évolué depuis 1994, de sorte qu'elle était toujours de 50%.
26. Par décision du 18 janvier 2011, l'OAI a confirmé la teneur de sa communication du 2 novembre 2010, soit le fait que l'assurée allait toujours bénéficier d'une demi-rente d'invalidité. En effet, les pièces médicales avaient été soumises au SMR, qui avait retenu que son état de santé ne s'était pas modifié de manière notable.

27. Par acte du 17 février 2011, l'assurée, représentée par un conseil, a interjeté recours contre ladite décision de l'OAI, requérant son annulation et la possibilité de compléter son recours.
28. Dans son écriture complémentaire du 21 mars 2011, la recourante a conclu, préalablement, à la production par l'OAI de l'entier de son dossier et au renvoi de la cause à l'OAI pour reprise d'instruction et principalement, à la comparution personnelle des parties, à l'annulation de la décision du 18 janvier 2011 en tant qu'elle ne lui allouait qu'une demi-rente d'invalidité et à l'octroi d'une rente entière, sous suite de dépens.

Elle invoque que son état de santé s'était sensiblement détérioré depuis la décision initiale d'octroi de rente en 1996, soit notamment par l'apparition de douleurs « ostéoarticulaires et d'une dyspuée d'effort » (recte: dyspnée), lesquelles réduisaient sensiblement sa mobilité. Au vu de la durée s'étant écoulée depuis l'expertise de 1996, elle considérait qu'une nouvelle expertise s'imposait pour comparer son état de santé actuel à celui existant à l'époque, étant précisé qu'elle allait bientôt avoir 58 ans.

Enfin, elle a souligné qu'elle n'était plus à même d'exercer une activité rémunérée et qu'elle faisait du bénévolat quelques heures par semaine.

29. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 15 avril 2011, a conclu au rejet du recours. Il fait valoir que les médecins traitants n'avaient pas retenu d'éléments objectifs permettant de conclure à une aggravation de l'état de santé de la recourante, susceptibles de modifier son droit à la rente. En effet, la dyspnée d'effort était déjà présente lors de l'octroi initial de la rente, ayant été relevée par les HUG dans leur rapport d'expertise du 22 février 1996. Par ailleurs, aucun indice ne permettait d'attester d'une modification au niveau de la symptomatologie psychique de la recourante, laquelle n'était d'ailleurs pas suivie par un médecin psychiatre. Quant au diabète, il n'était en soit pas incapacitant, seules les conséquences, qu'il induisait sur le plan fonctionnel, étant propres à avoir des conséquences sur la capacité de travail, toutefois, aucune complication n'était apparemment intervenue à ce jour. De plus, le Dr Q\_\_\_\_\_ - a précisé, à cet égard, que le traitement médicamenteux pouvait encore être adapté, afin d'éviter l'apparition de telles complications. Au vu de ces éléments, l'intimé a considéré qu'il ne se justifiait pas d'ordonner une nouvelle expertise médicale, les atteintes étant connues depuis longtemps et les éléments médicaux au dossier ne mettant pas en exergue d'aggravation.
30. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 31 mai 2011, lors de laquelle la recourante a déclaré que suite à la révision, et dans la mesure où toute maladie évoluait, elle pensait pouvoir obtenir 5 à 10 % de rente en plus. Elle estimait que l'OAI n'avait pas tenu compte du rapport de la Dresse R\_\_\_\_\_

du 21 octobre 2010 reçu par l'OAI le 27 octobre 2010 (document 64), dès lors que la décision datait du 2 novembre 2010 et qu'il fallait du temps pour prendre connaissance des rapports. S'agissant des diagnostics déjà existants, elle a précisé que son diabète n'était toujours pas équilibré et que malgré l'utilisation de gouttes, son œil gauche piquait. Son ophtalmologue avait fait des examens qui se révélaient être normaux. Elle souffrait également d'affections nouvelles, soit d'arthrose aux genoux et au dos et d'une fissure à l'aîne gauche. Elle a consulté un rhumatologue, le Dr T\_\_\_\_\_, qui lui avait prescrit des médicaments et suggérait une intervention, si la situation ne s'améliorait pas. Elle souffrait également d'asthme et de reflux gastriques qui affectaient ses cordes vocales et pour lesquels elle était traitée par le Dr U\_\_\_\_\_, lequel craignait qu'elle perde la voix.

L'assurée a également expliqué que depuis 2004, elle enseignait l'histoire de l'art dans une école privée, à raison de 5 ou 6 heures par semaine, et que depuis 5 ans, ces heures d'enseignement n'étaient plus payées. Elle avait continué cette activité, malgré l'absence de salaire, car elle lui permettait de résister à tous les malheurs qui l'accablaient. Elle était reconnaissante à la personne qui l'avait engagée et estimait donc normal de lui rendre ce service. Elle a précisé s'occuper seule de sa mère âgée de 82 ans, qui habitait à cinq minutes de chez elle (paiements, aller chez le médecin, etc.).

S'agissant de sa dépression, elle avait consulté le Dr O\_\_\_\_\_, psychiatre, il y a plusieurs années (document 28), mais elle n'avait pas trouvé que les séances et le traitement prescrit aient été efficaces. Elle devait tout le temps raconter les mêmes choses et avait espéré recevoir quelques directives du médecin. Les médicaments prescrits lui avaient donné envie de se suicider, ce qui ne lui était pas arrivé auparavant. De plus, sa caisse-maladie lui avait reproché de lui coûter cher, de sorte qu'elle avait finalement cessé ce suivi psychiatrique et avait cherché à trouver un équilibre autrement. Depuis lors, elle n'avait plus été suivie par un spécialiste.

En raison de ses problèmes d'hypertension, elle devait prendre un médicament qui lui faisait gonfler les pieds jusqu'aux genoux et devait ainsi prendre un autre traitement pour limiter ces effets. Elle avait les pieds gonflés, même quand il faisait froid. Elle ne pouvait plus prendre d'antidépresseurs car, selon la Dresse Q\_\_\_\_\_, qui s'occupait de son diabète, cela risquait de le déséquilibrer.

Le conseil de l'assurée a indiqué que celle-ci souhaiterait être examinée par un médecin du SMR, dès lors que l'intimé avait statué sur dossier et n'admettait pas la valeur probante du rapport de son généraliste. C'était l'ensemble des affections qui expliquait, d'après elle, son état de santé et il était certain que si chaque affection était évaluée séparément, l'aggravation de son état de santé général n'était pas correctement déterminée.

Le représentant de l'intimé a relevé qu'il s'agissait d'un cas de révision et qu'aucun élément du dossier ne permettait de penser que l'état de santé de la recourante s'était aggravé, étant précisé que celle-ci avait été entendue et qu'aucun rapport médical ou radiographie ne faisait penser à une aggravation. C'était seulement dans cette hypothèse-là que le SMR préconisait de procéder à un examen. Dans le cas présent, l'avis du SMR était clair et aucune instruction complémentaire ne se justifiait. Il a précisé qu'initialement, la rente avait été accordée, en raison de l'état de santé psychique de la recourante, mais celle-ci n'était plus suivie sur ce point depuis 1996, de sorte que le maintien de sa demi-rente, en l'absence d'expertise, lui était peut-être favorable.

A l'issue de l'audience, un délai a été fixé aux parties pour qu'elles se déterminent et produisent tous les documents médicaux utiles, suite à quoi la cause allait être gardée à juger.

31. Par pli du 21 juin 2011, l'intimé a persisté dans ses conclusions visant au rejet du recours.
32. Par pli du 18 juillet 2011, la recourante a transmis à la Cour de céans les documents suivants :
  - une radiographie du 28 mars 2006 du bassin et du genou gauche, de laquelle il résulte qu'il existait une arthrose interapophysaire postérieure en L4-L5 à prédominance droite, des lésions dégénératives à la hauteur des articulations sacro-iliaques, un signe de coxarthrose bilatérale sous forme de pincement supéro-externe et d'ostéophytose « en collerette », un signe de gonarthrose du compartiment interne et d'arthrose fémoro-patellaire, un signe d'épanchement intra-articulaire et des calcifications vasculaires ;
  - une échographie de la paroi abdominale et de l'abdomen supérieur du 17 juin 2011 effectuée par le Dr V\_\_\_\_\_, radiologue, lequel a évoqué l'hypothèse d'une hernie ombilicale avec une composante partiellement tordue et d'un kyste adjacent enflammé. Un avis chirurgical était envisagé ;
  - un rapport du 23 juin 2011 établi par le Dr W\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, et adressé au Service de préhospitalisation de chirurgie viscérale des HUG. Le médecin a indiqué avoir reçu en consultation la recourante, qui était diabétique et hypertendue et qui avait présenté un épisode de hernie ombilicale incarcerated, avec résolution spontanée. Il palpait toujours un nodule sus-ombilical, compatible avec un nodule épiploïque ;
  - une attestation de la Dresse A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, laquelle a déclaré suivre la recourante pour une affection médicale depuis le 16 juin 2011, à raison d'une séance par semaine.

33. Sur ce, la cause a été 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 et les modifications de la LAI relatives à la 4<sup>ème</sup> et à la 5<sup>ème</sup> révisions, entrées en vigueur respectivement en date des 1<sup>er</sup> janvier 2004 et 1<sup>er</sup> janvier 2008 sont applicables au cas d'espèce, les faits pertinents remontant au mois d'août 2010 et la décision datant du 18 janvier 2011.

3. Interjeté dans les formes et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente supérieure à une demi-rente d'invalidité, dans le cadre d'une révision de son dossier par l'intimé.

5. Il s'agit d'examiner s'il y a un motif de révision comme le soutient la recourante.

6. a) Selon l'art. 17 al. 1<sup>er</sup> LPGA, 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<sup>er</sup> 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).

b) 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 ; ATF 130 V 343, consid. 3.5.2).

---

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 (cf. 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 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publiés des 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1 et 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités).

7. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1<sup>er</sup> LPGA).

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 275 consid. 4a). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

- b) 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).

c) 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

8. a) En l'espèce, il convient de déterminer si l'état de santé de la recourante s'est péjoré, comme celle-ci le soutient, entre la décision initiale d'octroi de rente du 20 août 1996 et la décision du 18 janvier 2011. En effet, la décision du 20 août 1996 est la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec constatation des faits pertinents et appréciation des preuves, ce que les parties admettent toutes deux, à tout le moins implicitement.

b) Appelés à se prononcer, dans le cadre de la procédure administrative ayant abouti à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, les médecins des HUG, lesquels avaient notamment procédé à des examens ophtalmologique et psychiatrique, ont posé, dans leur rapport du 22 février 1996, les diagnostics suivants : une conjonctivite tarsale avec état irritatif chronique d'origine indéterminée, une dépression majeure de degré moyen avec trouble de la personnalité limite et narcissique, un diabète non insulino-dépendant, une hypertension artérielle, une hypothyroïdie substituée et une obésité (BMI à 35 kg/m<sup>2</sup>). Ils ont également relevé la présence d'une discrète dyspnée à l'effort. Les médecins ont déterminé que les atteintes somatiques décrites dans le rapport, et notamment les atteintes oculaires, étaient bien compensées par les traitements médicamenteux et qu'elles n'avaient pas d'incidence sur l'exercice d'une activité lucrative, cependant, l'état dépressif et surtout le trouble de la personnalité justifiaient une rente d'invalidité de 50%, ce pour autant que la recourante poursuive sa médication antidépressive et sa thérapie psychiatrique.

Les constatations de ces médecins avaient été confirmées, en substance, tant par le psychiatre traitant de la recourante, lequel avait retenu, en date du 22 mai 1996, une dépression majeure chez une personnalité à forts traits paranoïaques, que par les ophtalmologues l'ayant suivi, lesquels n'avaient pas conclu à une atteinte ophtalmologique ayant une répercussion sur sa capacité de travail, étant précisé que

des certificats d'arrêt de travail étaient susceptibles d'être délivrés lors des poussées d'exacerbation de la kérato-conjonctivite gauche.

C'est sur la base de ces éléments que l'intimé avait alloué à la recourante une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 1994.

c) Dans le cadre de la procédure de révision s'étant ouverte en août 2010, la recourante estime que son état de santé s'était péjoré par rapport à celui existant en 1996.

c/aa) Elle invoque tout d'abord l'apparition de douleurs ostéo-articulaires, pour lesquelles elle avait consulté le Dr T\_\_\_\_\_. Elle ne produit toutefois pas de rapport de ce médecin, mais un rapport d'imagerie médicale du bassin et du genou gauche, daté du 28 mars 2006, lequel conclut notamment à une arthrose interapophysaire postérieure en L4-L5, à des lésions dégénératives à la hauteur des articulations sacro-iliaques, à un signe de coxarthrose bilatérale ou encore à un signe de gonarthrose et d'arthrose fémoro-patellaire. Il est vrai que la Dresse R\_\_\_\_\_, laquelle suit la recourante depuis le début de l'année 2010, a indiqué que celle-ci souffrait de douleurs articulaires et qu'elle ne pouvait pas maintenir longtemps la même posture, elle n'a toutefois pas posé de diagnostic en rapport avec ces troubles articulaires et dorso-lombaires. Quant à la Dresse N\_\_\_\_\_, laquelle a établi un rapport durant le mois de mai 2005, elle a précisé que les troubles dégénératifs cervico-dorso-lombaires et la gonarthrose bilatérale de la recourante n'avaient pas de répercussion sur sa capacité de travail.

Dès lors, la Cour de céans retient que si des troubles ostéo-articulaires et des troubles dégénératifs de la région cervico-dorso-lombaire sont certes apparus depuis 1996, ils ne limitent toutefois pas la capacité de travail de la recourante.

c/bb) En outre, celle-ci soutient également souffrir d'une dyspnée d'effort, laquelle réduirait sa mobilité.

Force est de constater à cet égard, avec l'intimé, que la dyspnée était déjà présente lors de l'octroi initial de rente, ce qui ressort du rapport d'expertise des médecins des HUG du 22 février 1996. On ne voit d'ailleurs pas en quoi cette affection réduirait la capacité de travail de la recourante dans l'activité d'employée de bureau ou d'enseignante de l'histoire de l'art.

Partant, ce trouble ne permet pas de retenir une péjoration de son état de santé.

c/cc) Quant au diabète dont souffre la recourante depuis 1989, il est devenu dernièrement insulino-dépendant, de sorte que ce trouble a effectivement évolué dans le sens d'une péjoration depuis 1996. Cependant, il y a lieu de relever que la Dresse Q\_\_\_\_\_, spécialiste en endocrinologie-diabétologie et qui suit la recourante pour cette affection dans le but d'optimiser sa prise en charge, a certes

mis en exergue qu'un équilibre glycémique était difficile à obtenir, toutefois, elle a proposé une nouvelle prise en charge et n'a pas pu se prononcer sur une limitation qui découlerait de l'existence du diabète, renvoyant l'intimé, pour ce faire, à l'appréciation du médecin traitant, soit la Dresse R\_\_\_\_\_. Celle-ci a quant à elle estimé que le diabète était traité et n'a pas retenu de limitation fonctionnelle découlant directement de cette atteinte. Partant, il convient de retenir que l'aggravation du diabète n'a pas de répercussion sur la capacité de travail de la recourante.

c/dd) En ce qui concerne les troubles psychiatriques, lesquels ont motivé l'octroi de la demi-rente en 1996, la Cour de céans doit constater qu'ils sont toujours présents, toutefois, bien que l'assurée ait repris, après une interruption de plusieurs années, un suivi psychiatrique auprès de la Dresse A\_\_\_\_\_ dès le 16 juin 2011, soit postérieurement à l'audience de comparution, il ne résulte pas des documents présents au dossier une aggravation desdits troubles.

c/ee) Pour ce qui est enfin des atteintes touchant la région abdominale, il y a lieu de rappeler que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).

En l'espèce, ces troubles de la région abdominale ont été mis en évidence par l'échographie du 17 juin 2011 et par le Dr W\_\_\_\_\_ en date du 23 juin 2011, soit postérieurement à la décision litigieuse, et ne sauraient dès lors être inclus dans le cadre du présent litige. Si ceux-ci engendraient ou devaient engendrer dans le futur une diminution prolongée de la capacité de travail, la recourante pourra solliciter, auprès de l'intimé, une nouvelle révision de son droit à la rente.

9. Eu égard à ces éléments, force est de constater qu'entre le 20 août 1996 et le 18 janvier 2011, l'état de santé de la recourante ne s'est pas aggravé, au degré de la vraisemblance prépondérante, dans une mesure influençant sa capacité de travail.

C'est ainsi à juste titre que l'intimé a refusé d'augmenter la demi-rente octroyée à la recourante durant le mois d'août 1996.

10. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de la recourante.



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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.
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

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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