

## **GE\_GERICHTE A/2118/2008 vom 15. Oktober 2008**

GE Cour de justice, 2008-10-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2118\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2118_2008)

FR: GE\_GERICHTE A/2118/2008 du 15 octobre 2008

IT: GE\_GERICHTE A/2118/2008 del 15 ottobre 2008

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 15.10.2008  
A/2118/2008

A/2118/2008 ATAS/1152/2008 du 15.10.2008 ( AI ) , REJETE En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2118/2008  
ATAS/1152/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES  
SOCIALES Chambre 5 du 15 octobre 2008 En la cause Madame S \_\_\_\_\_, domiciliée  
à MEYRIN, représentée par la CAP Compagnie d'assurance de Protection juridique SA,  
Monsieur Nicolas GEORGE recourante contre OFFICE CANTONAL DE  
L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Madame  
S \_\_\_\_\_, ressortissante suisse née en avril 1969, a notamment travaillé comme  
secrétaire à temps partiel (50%). En date du 1 er juin 2001, elle a déposé une demande de  
prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une fibromyalgie et d'une dépression, visant  
à une rente. Dans un rapport du 16 juillet 2001, la Dresse A \_\_\_\_\_, psychiatre  
traitante, a diagnostiqué une fibromyalgie depuis 1999 et un état dépressivo-anxieux avec  
dépression post-partum en novembre 2000. L'incapacité avait été totale du 5 février au 31  
mai 2001 et était de 50 % depuis le 1 er juin 2001. Alors qu'elle évoquait avec la patiente  
une rente d'invalidité de 70%, l'assurée s'était vu proposer un engagement de 50 % avec  
horaires souples, ce qui lui permettait d'organiser son travail en fonction de ses symptômes  
de fibromyalgie. La Dresse A \_\_\_\_\_ préconisait dès lors l'octroi d'une demi-rente  
d'invalidité. Dans un rapport du 21 mars 2002, le Dr B \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine  
interne, a diagnostiqué un syndrome dépressif anxieux avec somatisation multiple et un  
syndrome somatoforme douloureux. L'évolution était lentement favorable, le syndrome  
douloureux toujours floride. La patiente restait extrêmement fragile sur le plan  
psychologique; elle n'était pas capable de travailler à plus de 50 % pour une période  
indéterminée. Elle présentait une incapacité de travail de 50 % depuis le 1 er juin 2000.  
Dans un examen du 31 octobre 2002, la Dresse C \_\_\_\_\_, psychiatre au Service  
médical de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR), a diagnostiqué un syndrome  
douloureux somatoforme persistant avec attaques de panique et agoraphobie chez une  
personnalité émotionnellement labile, type borderline, avec des traits paranoïaques. La  
capacité de travail était de 50 % dans l'activité habituelle. Les limitations fonctionnelles  
étaient une instabilité, de l'agressivité, des angoisses, des troubles du contact avec  
l'entourage, des traits paranoïaques et de la fatigabilité. Ces troubles psychiques  
correspondaient à une atteinte durable à la santé et justifiaient une incapacité de travail de  
50 % pour une durée indéterminée. L'assurée ne présentait pas une comorbidité  
psychiatrique grave mais le trouble de la personnalité et la fragilité psychologique  
l'empêchaient de se remettre en question et d'assumer une vie socioprofessionnelle normale.  
Le trouble de la personnalité décompensé était suffisamment important pour avoir valeur de  
maladie et entraîner des limitations fonctionnelles. La capacité de travail d'un point de vue

psychique était de 0 % du 5 février au 31 mai 2001 et de 50 % depuis le 1<sup>er</sup> juin 2001. Une réadaptation professionnelle n'était pas envisageable. Dans un rapport du 7 novembre 2002, le SMR a confirmé le rapport d'examen clinique du 31 octobre 2002 et a suivi ses conclusions. Par décision du 9 mai 2003, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité avec effet au 1<sup>er</sup> mai 2003. Par décision du 2 juillet 2003, l'OCAI lui a octroyé le rétroactif, soit une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> février 2002 au 30 avril 2003. En décembre 2005, l'OCAI a initié une procédure de révision de la rente. À cette occasion, l'assurée a indiqué qu'elle avait été licenciée suite à un accident; elle présentait actuellement une totale incapacité de travail depuis le 31 août 2005. Dans un rapport du 10 janvier 2006, le Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, a diagnostiqué une fibromyalgie et un état dépressif. L'état de santé de la patiente était stationnaire. Dans un rapport du 17 mai 2006, le Dr E\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, a diagnostiqué une fibromyalgie et des douleurs cervico-dorsales invalidantes depuis 1997. La capacité de travail était de 50% depuis mai 2003, date de la décision de rente d'invalidité. L'état de santé était stationnaire. Dans un rapport du 22 juin 2006, le Dr F\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste, a mentionné les diagnostics suivants : plastie du LCA du genou gauche en juin 2004 et arthrolyse arthroscopique en novembre 2004. Une reprise de travail à 100% avait été prévue le 1<sup>er</sup> septembre 2005. Dans un rapport du 27 septembre 2006, la Dresse G\_\_\_\_\_, nouvelle psychiatre traitante, a diagnostiqué un trouble bipolaire, un syndrome d'hyperactivité de l'adulte, des troubles somatoformes non spécifiques, des troubles de l'anxiété généralisée et des troubles du sommeil avec insomnie. La patiente présentait également un trouble de la personnalité sous forme de trouble limite. L'état de santé était stationnaire. L'incapacité était totale depuis l'octroi de la rente d'invalidité. Dans un rapport du 16 avril 2007, la Dresse G\_\_\_\_\_ a indiqué, répondant à des questions de l'OCAI, que l'état de santé était stable depuis octobre 2006. Elle voyait la patiente à raison d'une séance par semaine. La compliance était tout à fait adéquate. Elle a transmis un rapport du 4 août 2006 établi par Madame T\_\_\_\_\_, psychologue, selon lequel l'examen neuropsychologique réalisé ne montrait rien de franchement pathologique. Tant les tests évaluant les capacités attentionnelles que les épreuves mnésiques et d'autocontrôle révélaient des performances dans la norme. Bien que les données psychométriques ne montraient pas de troubles de la concentration, les éléments anamnestiques et les observations cliniques parlaient en faveur d'un déficit de l'attention/hyperactivité, type hyperactivité/impulsivité prédominante. La discrétion des difficultés observées dans les tests pouvait être liée à un amendement des symptômes de l'hyperactivité avec l'âge. Enfin, un deuxième rapport était transmis, émanant des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG - Dr H\_\_\_\_\_, psychiatre), du 6 novembre 2006, selon lequel au plan diagnostique, le tableau clinique se situait entre la cyclothymie et le trouble bipolaire II à cycle rapide. Dans un rapport du 21 novembre 2007, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de la patiente était stationnaire. Il y avait des changements dans les diagnostics sous forme de troubles somatoformes non spécifiés et de trouble bipolaire II à cycle rapide. Dans un rapport du 15 janvier 2008, la Dresse G\_\_\_\_\_ a indiqué qu'à son avis il n'existait ni aggravation ni amélioration de ce qui avait été diagnostiqué en 2002, même si à l'époque le diagnostic posé était faux. A partir du moment où le diagnostic avait été correctement établi, la patiente avait pu bénéficier d'un traitement correct, c'est-à-dire l'introduction de Lamictal, puis de Ritaline avec une réponse très satisfaisante en ce qui concernait le trouble bipolaire et l'hyperactivité. Les limitations fonctionnelles psychiatriques qui justifieraient une éventuelle augmentation de l'incapacité

de travail depuis 2002 étaient la nécessité de stabiliser le traitement, puisque l'introduction de Lamictal devait être très progressive et n'était pas toujours facilement tolérée.

Aujourd'hui, le cas étant objectivé, une possibilité de réintégration progressive était possible si la réponse au traitement était favorable. Dans un rapport du 17 mars 2008, la Dresse G\_\_\_\_\_ diagnostiqué une perturbation de l'activité de l'attention, des troubles hyperkinétiques et des troubles de conduite, tous d'intensité moyenne, un trouble bipolaire sans précision, un syndrome douloureux somatoforme persistant et une personnalité de type borderline. Elle a précisé que la patiente présentait des douleurs physiques diverses, une labilité de l'humeur très importante et un état dépressif d'intensité moyenne, traité. Comme tout syndrome bipolaire, il existait une instabilité psychique qui ne permettait pas de garantir une constance dans une activité quelle qu'elle soit. Tous ces troubles avaient des effets sur la capacité de travail. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle avec des variations. Il était impossible de déterminer le pourcentage car celui-ci dépendrait de la variabilité de l'humeur. Par communication du 1<sup>er</sup> avril 2008, l'OCAI a maintenu sans changement le droit à la demi-rente d'invalidité. Par courrier du 30 avril 2008, l'assurée s'est opposée à la communication du 1<sup>er</sup> avril 2008, sollicitant le droit de consulter le dossier. Suite à ce courrier, l'OCAI a rendu une décision, en date du 15 mai 2008, par laquelle il a maintenu la demi-rente d'invalidité octroyée dès le 1<sup>er</sup> février 2002, sans modification du droit. Il a fait valoir qu'une procédure de révision avait débuté en décembre 2005 et qu'aucune aggravation notable et durable par rapport à l'année 2002 n'avait été démontrée. Par courrier du 13 juin 2008, l'assurée a recouru contre cette décision auprès du Tribunal de céans, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès décembre 2005. Elle a fait valoir que les rapports médicaux sur lesquels l'OCAI se fondait ne remplissaient pas les conditions jurisprudentielles pour leur reconnaître pleine valeur probante. Sa psychiatre traitante avait en effet fait état d'un trouble bipolaire, entraînant une incapacité totale de travail, qui n'avait pas été pris en compte. Dans sa réponse du 10 juillet 2008, l'OCAI, concluant au rejet du recours, a indiqué que le nouveau diagnostic posé, à savoir un trouble bipolaire, n'était nullement contesté par le SMR. Malgré ce nouveau diagnostic, il s'avérait toutefois que l'état de santé ne s'était pas modifié notablement. Ceci ressortait notamment du rapport de la Dresse G\_\_\_\_\_ du 15 janvier 2008 qui relevait qu'il n'existait ni aggravation ni amélioration de ce qui avait été diagnostiqué en 2002. Selon cette même praticienne, l'état de santé était susceptible au contraire de s'améliorer sous l'effet d'une médication plus adaptée. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

**EN DROIT**

Conformément à l'art. 56V al. 1<sup>er</sup> let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998

KV 37 p. 316 consid. 3b). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). En revanche, les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision de la LAI), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, n'ont pas à être prises en considération dans le présent litige, l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision dont est recours étant antérieur. Déposé dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA). a) Il convient en l'occurrence de déterminer si la décision initiale de l'OCAI (octroi d'une demi-rente d'invalidité en février 2002) doit être confirmée par la voie de la révision ou si une modification notable de l'état de santé depuis l'octroi de cette demi-rente s'est produite, ayant une influence sur le droit à la rente. b) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. 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 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). 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 ; 105 V 158 consid.1). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. c) Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). d) L'entrée en vigueur de la 4<sup>ème</sup> révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004 relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3%, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60% et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant

inchangées. Les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). e) Selon l'art. 17 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. 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 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). f) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3). Se trouvent au dossier différents rapports des médecins traitants et un examen du SMR d'octobre 2002. Lors de la procédure d'instruction en vue d'établir le degré d'invalidité de la recourante, ses médecins traitants, psychiatre et spécialiste en médecine interne, avaient diagnostiqué une fibromyalgie et un état dépressivo-anxieux. Selon les Drs A\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_, l'incapacité de travail était de 50 %. La recourante avait alors été soumise à un examen psychiatrique, conduit par la Dresse C\_\_\_\_\_ du SMR. Ce médecin avait diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant avec attaques de panique et agoraphobie chez une personnalité émotionnellement labile, type borderline, avec des traits paranoïaques. La capacité de travail s'élevait à 50 % dans l'activité habituelle. Faisant suite à ces rapports, l'OCAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité avec effet au 1<sup>er</sup> février 2002. Initiant une procédure de révision en décembre 2005, l'OCAI a rassemblé de

nouveaux certificats médicaux, établis par les médecins traitants de l'assurée. En janvier 2006 et en novembre 2007, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de la patiente était stationnaire. Le Dr E\_\_\_\_\_ a mentionné en mai 2006 que l'incapacité de travail était de 50 % depuis mai 2003 et que l'état de santé était stationnaire. La Dresse G\_\_\_\_\_, nouvelle psychiatre traitante, a relevé, en septembre 2006, que de nouveaux diagnostics avaient été posés, soit un trouble bipolaire et un syndrome d'hyperactivité de l'adulte. Les diagnostics de troubles somatoformes non spécifiques, de troubles de l'anxiété généralisée et de troubles du sommeil avec insomnie restaient inchangés. La patiente présentait également un trouble de la personnalité sous forme d'état limite. L'état de santé était stationnaire et l'incapacité de travail totale depuis l'octroi de la rente d'invalidité. En avril 2007, ce médecin a indiqué que l'état de santé était stable depuis octobre 2006. En janvier 2008, la Dresse G\_\_\_\_\_ précisé qu'il n'existait ni aggravation ni amélioration de l'état de santé par rapport en 2002, mais qu'à cette époque le diagnostic posé était faux. À partir du moment où le diagnostic avait été correctement établi (août 2006 s'agissant de l'hyperactivité - discrète - et novembre 2006 s'agissant du trouble bipolaire), la patiente avait pu bénéficier d'un traitement correct. Les seules limitations fonctionnelles psychiatriques qui justifieraient dès lors une éventuelle augmentation de l'incapacité de travail depuis 2002 étaient la nécessité de stabiliser le traitement. Cependant, ce médecin a précisé que le cas étant actuellement objectivé, une possibilité de réintégration progressive était possible, si la réponse au traitement était favorable, ce qui était le cas (introduction de Lamictal, puis de Ritaline avec une réponse très satisfaisante en ce qui concernait le trouble bipolaire et l'hyperactivité). En mars 2008, ce médecin a précisé que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle avec des variations. Il était impossible de déterminer le pourcentage car celui-ci dépendrait de la variabilité de l'humeur. Elle a également indiqué que, comme tout syndrome bipolaire, il existait une instabilité psychique qui ne permettait pas de garantir une constance dans une activité quelle qu'elle soit. Par ailleurs, l'examen neuropsychologique n'a pas mis en évidence un état pathologique. Les capacités attentionnelles, la mémoire, la concentration et l'autocontrôle ne sont notamment pas atteints, selon le rapport du 4 août 2006 relatif à cet examen. Ainsi, il ressort des rapports médicaux que les médecins non psychiatres estiment l'état de santé de la recourante stationnaire. Il n'y a selon eux ni aggravation ni amélioration de l'état de santé. Quant à la nouvelle psychiatre traitante, elle constate elle aussi sans ambiguïté que la patiente ne présente pas de modification de son état, soit qu'aucune péjoration ou amélioration ne sont à signaler, malgré les nouveaux diagnostics posés. Elle expose que les seules limitations fonctionnelles psychiatriques qui justifieraient une augmentation de l'incapacité de travail depuis 2002 - reconnaissant implicitement que sa patiente présente une capacité de travail de 50% - serait la nécessité de stabiliser le traitement, tout en précisant que la réponse aux nouveaux traitements est très satisfaisante. Dès lors, il convient de conclure avec l'ensemble des médecins traitants de la recourante, compte tenu notamment aussi de l'examen neuropsychologique, que son état de santé est stationnaire depuis l'octroi de la rente initiale et qu'il n'y a dès lors pas lieu d'augmenter le taux de celle-ci. Au vu de ce qui précède, le recours sera être rejeté. La recourante succombant, elle sera condamnée au paiement d'un émolument de justice de 200 fr. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie

du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); 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 Claire CHAVANNES La présidente Maya CRAMER La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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