

GE_GERICHTE ATAS/1060/2018 vom 19. November 2018

GE Cour de justice, 2018-11-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1060_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/1060/2018 du 19 novembre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/1060/2018 del 19 novembre 2018

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - 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.

E. 2

La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art. 69 LAI). Interjeté le 5 décembre 2017 contre la décision litigieuse du 7 novembre 2017, le recours a été formé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu – peu élevées – prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA).

E. 3

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2005 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1, ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a, RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011 et, après le 1er janvier 2012 en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière

A/4825/2017 - 15/24 - d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'existence d'une aggravation de son état de santé depuis la décision de l'intimé du 29 octobre 2009.

E. 5

Selon l'art. 17 al. 1 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. L'art. 17 al. 1 LPGA vise la situation dans laquelle une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur. Dans ce cas, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de cette disposition (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b).

E. 5.4

; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

E. 6

a. En vertu de l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201), lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. b. Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI), elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108 ; ATF 130 V 71) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas modifié les 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). c. 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

A/4825/2017 - 16/24 - diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). 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.).

E. 7

a. À teneur de l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. La révision procédurale est soumise aux délais prévus par l'art. 67 de la loi fédérale sur la procédure administrative (PA), applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA, à savoir un délai relatif de nonante jours dès la découverte du motif de révision et un délai absolu de dix ans qui commence à courir avec la notification de la décision (arrêt du Tribunal fédéral du 3 août 2007, I 528/06 consid. 4.2 et les références).

b. Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (reconsidération). Si la révision procédurale et la reconsidération ont pour point commun de remédier à l'inexactitude initiale d'une décision ("anfängliche tatsächliche Unrichtigkeit" ; cf. Ueli KIESER, Gabriela RIEMER-KAFKA, Tafeln zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 5ème éd. 2013, p. 140), la révision est la modification d'une décision correcte au moment où elle a été prise, compte tenu des éléments connus à ce moment, mais qui apparaît ensuite dépassée en raison d'un élément nouveau. En revanche, la reconsidération a pour objet la correction d'une décision qui était déjà erronée, dans la constatation des faits ou dans l'application du droit, au moment où elle a été prise (cf. ATAS/1163/2014 ; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar), 3ème éd. 2015, n. 18 ad art. 17 LPGA). L'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peut l'y

A/4825/2017 - 17/24 - contraindre. Le corollaire en est que les décisions portant sur un refus d'entrer en matière sur une demande de reconsidération ne peuvent pas faire l'objet d'un contrôle en justice (ATF 133 V 50 consid. 4.1; ATF 119 V 475 consid. 1b/cc; ATF 117 V 8 consid. 2a; ATF non publié 8C_866/2009 du 27 avril 2010 consid. 2.2;). Une administration refuse d'entrer en matière sur une demande de reconsidération lorsqu'elle se borne à procéder à un examen sommaire de la requête et répète les motifs invoqués dans la décision initiale (ATF 117 V 8 consid. 2b/aa).

E. 8

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en

compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

E. 9

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin

A/4825/2017 - 18/24 - dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). 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. À 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). b. 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. b/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci

aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). b/bb. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de

A/4825/2017 - 19/24 - nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). b/cc. En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). c. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer;

nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller

A/4825/2017 - 20/24 - en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge – conformément au principe de la libre appréciation des preuves – de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

E. 10

a. 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). b. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution

A/4825/2017 - 21/24 - fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 11

En l'espèce, pour déterminer s'il y a eu une modification notable du degré d'invalidité de la recourante, il convient de comparer la situation telle qu'elle se présentait au moment de la décision litigieuse, soit au 7 novembre 2017, avec les circonstances qui prévalaient au moment de la décision du 29 octobre 2009. a. Il ressort de l'instruction menée par l'intimée en amont de la décision du 29 octobre 2009 que les cervico-dorsalgies chroniques et les troubles statiques modérés du rachis représentaient les diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail de la recourante mais que tel n'était pas le cas pour le status après accident de la circulation du 17 septembre 1994 avec traumatisme crânio-cérébral et polytraumatisme. Compte tenu des atteintes ostéoarticulaires, il se justifiait de retenir une baisse de rendement de 10 % dans l'activité habituelle de secrétaire et dans toute activité adaptée (activité légère, principalement sédentaire, ne nécessitant pas le port de charges de plus de 10 kg ni de mouvement répétitifs impliquant la nuque et permettant l'alternance des positions assises et debout), ces activités étant exigibles à plein temps dès octobre 2008 « au moins », soit à 90 % en y incluant la diminution de rendement de 10 %. b. Suite à la nouvelle demande de prestations formée le 7 septembre 2012, l'intimé a retenu, à l'appui de sa décision du 7 novembre 2017, fondée sur l'avis du 26 octobre 2016 du SMR, lui-même basé sur les conclusions du rapport du 10 octobre 2016 du Dr J_____ et les éléments du stage aux EPI de 2016, que la capacité de travail de la recourante était toujours de 50 % (en raison de son orbitopathie oculaire) dans l'activité habituelle de secrétaire mais que dans une activité adaptée, cette capacité avait diminué à 50 % au vu du syndrome psycho-organique résiduel (lié au traumatisme crânio-cérébral de septembre 1994) objectivé par l'examen neuropsychologique du mois de septembre 2016. c. Sans contester sa capacité de travail de 50 % dans toute activité, la recourante dit ne pas comprendre pourquoi l'OAI, respectivement le SMR, n'ont pas reconnu une aggravation de son état de santé depuis 2012 mais seulement en septembre 2016, alors qu'il existerait une continuité d'un état de santé fragilisé depuis l'accident de 1994 qui se serait aggravé par la maladie de Basedow en 2012. Force est de rappeler en premier lieu que la décision du 29 octobre 2009, qui avait supprimé la demi-rente d'invalidité octroyée en juillet 2003, n'a pas été attaquée par la recourante et qu'en conséquence, cette dernière était réputée ne plus présenter de troubles neuropsychologiques incapacitants au plus tard au moment du début de sa formation juridique en octobre 2008 (cf. l'avis du 26 août 2009 du SMR). En second lieu, il ne ressort pas de la demande de prestations formée le 7 septembre 2012 que celle-ci ait été motivée par des troubles neuro-psychologiques. Au contraire, il y est fait état d'exophtalmie sur maladie Basedow

A/4825/2017 - 22/24 - et les rapports versés au dossier jusqu'en 2013, parmi lesquels celui du 26 septembre 2012 du Dr F_____, ont logiquement conduit le SMR à considérer le 10 septembre 2013 que l'atteinte à la santé au sens de l'AI consistait dans une orbitopathie oculaire sur hyperthyroïdie qui réduisait la capacité de travail à 50 % à un poste impliquant l'utilisation d'un ordinateur, ce qui était le cas pour l'activité habituelle. De fait, il faut attendre le rapport du 9 février 2015 du Dr M_____ pour trouver des observations d'un médecin établissant un lien de causalité entre l'incapacité de travail et les suites de l'accident de septembre 1994. Cependant, étant donné que ce médecin rapportait des

diagnostics somatiques déjà connus et que le Dr D_____ ne faisait pas état de troubles psychiques représentant une atteinte durable, on ne saurait faire grief au SMR d'avoir considéré, le 10 août 2015, qu'en l'absence d'affections autres que les troubles ostéo-articulaires déjà examinés par l'expert rhumatologue C_____ en juillet 2009 et les troubles oculaires apparus en 2012, il n'y avait pas de « pathologie surajoutée », si bien qu'il existait une capacité de travail de 90 % (diminution de rendement incluse) dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la première atteinte (cf. rapport d'expertise du Dr C_____) et de la deuxième atteinte (besoin de se lubrifier les yeux et pas de travail à l'écran d'ordinateur à plus de 50 %). En troisième lieu, ce n'est qu'avec le rapport du 10 octobre 2016 du Dr J_____, corroboré par l'examen neuropsychologique des 19 et 23 septembre 2016 et les éléments du stage aux EPI, qu'il a été possible d'objectiver un lien de causalité entre les troubles de la concentration, la fatigabilité et les erreurs dans les tests informatisés d'une part, et le traumatisme crânio-cérébral sévère avec syndrome psycho-organique résiduel d'autre part. En conséquence, l'avis du 26 octobre 2016 du SMR, sur lequel se fonde la décision querellée, ne prête pas le flanc à la critique en tant qu'il retient une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée seulement à partir du mois de septembre 2016. Du reste, il ne ressort pas du rapport du 10 octobre 2016 du Dr J_____ que ce médecin entendrait donner à ses observations et conclusions une portée qui serait antérieure à l'examen neuropsychologique mis en œuvre les 19 et 23 septembre 2016 par Mme K_____. Il propose au contraire à l'intimé « de revoir ce dossier en envisageant chez [la recourante] le régime antérieur, soit une capacité de travail de 50 % ». Partant, la chambre de céans considérera qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'état de santé de la recourante s'est détérioré en septembre 2016, réduisant ainsi sa capacité de travail à 50 % dans toute activité dès cette date. d. On relève enfin que la recourante n'a pas fait valoir, dans le cadre de sa seconde demande de prestations, que la décision du 29 octobre 2009 était manifestement erronée et partant sujette à reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Or, en dehors de l'hypothèse, non réalisée en l'espèce, dans laquelle le juge confirme une décision de révision rendue à tort pour le motif substitué que la décision de rente initiale était sans nul doute erronée et que sa rectification revêt une importance notable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_342/2008 du 20 novembre 2008 consid. 5, non publié in ATF 135 I 1; ATF 127 V 469 consid. 2c), la chambre de céans n'est pas autorisée à

A/4825/2017 - 23/24 - reconsidérer la décision initiale, seul l'assureur ayant cette faculté (ATF 133 V 50 consid. 4.2.1). Par ailleurs, la recourante n'a pas fait valoir non plus que des faits nouveaux importants ou de nouveaux moyens de preuve avaient été découverts et justifiaient en conséquence, une révision de la décision du 29 octobre 2009 en application de l'art. 53 al. 1 LPGA. On rappellera à cet égard qu'il ne ressort pas du rapport du 10 octobre 2016 du Dr J_____ que la capacité de travail de la recourante n'aurait jamais été supérieure à 50 % depuis l'octroi de la demi-rente en juillet 2003 et qu'elle se serait donc maintenue à 50 % d'octobre 2008 à septembre 2016. Quoi qu'il en soit, même si cette dernière éventualité était suffisamment étayée d'un point de vue médical, en particulier neurologique/neuropsychologique, cette problématique serait exorbitante du présent litige car il incomberait à la recourante de former tout d'abord (et en temps utile ; cf. ci-dessus : consid. 7a) une demande de révision (au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA) de la décision du 29 octobre 2009 auprès de l'OAI (cf. Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 3ème éd. 2015, p. 707 n. 36).

E. 12

Dans la mesure où l'intéressée présente, depuis septembre 2016, une capacité résiduelle de travail de 50 % dans toute activité adaptée, y compris son activité habituelle de secrétaire, son degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail (cf. arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2). Le degré d'invalidité de la recourante s'élève donc à 50 %, taux qui suffit pour ouvrir le droit à une demi-rente d'invalidité depuis la fin du délai d'attente en septembre 2017 (art. 28 al. 1 let. b et c LAI).

E. 13

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Étant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

A/4825/2017 - 24/24 - Statuant À la forme :

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