

GE_GERICHTE ATAS/712/2008 vom 18. Juni 2008

GE Cour de justice, 2008-06-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_712_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/712/2008 du 18 juin 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/712/2008 del 18 giugno 2008

Erwägungen

E. 29

Cette écriture a été communiquée à l'assurée en date du 15 février 2008, sur quoi la cause a été gardée à N_____r.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56V al. 1 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).

A/95/2008 - 10/16 - Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b 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). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce. 3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 6 et 60 LPGA). 4. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est aggravé depuis la décision de suppression de sa demi-rente d'invalidité du 19 janvier 2004 dans une mesure ouvrant droit à des prestations de l'assurance- invalidité. 5. Selon l'art. 87 al. 3 du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI), en sa teneur en vigueur dès le 1er mars 2004, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies (art. 87 al. 4 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références). L'exigence sur le caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 87 al. 3 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le

moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la

A/95/2008 - 11/16 - modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1 et la référence sous note n° 27).

Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 66 consid. 2, et 77 consid. 3.2.3 relatif à l'étendue de l'analogie entre la révision de la rente et la nouvelle demande par rapport aux bases de comparaison dans le temps). Quand l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de l'ancien art. 41 LAI), ce qui suppose une modification notable du taux d'invalidité. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence). 6. 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). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité propre à ouvrir un droit aux prestations entrant en considération. 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 (art. 7 LPGA). 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). 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,

A/95/2008 - 12/16 - 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. 7. 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles

de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Par ailleurs, en ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2) 8. En l'espèce, il convient d'examiner si l'état de santé de la recourante s'est modifié en comparant les faits tels qu'ils existent lors de la décision litigieuse avec ceux qui prévalaient lors de la décision de suppression de la demi-rente le 19 janvier 2004. Lors de la décision précitée, l'intimé s'était fondé sur le rapport d'expertise du Dr O_____ daté du 24 novembre 2003, qui concluait que l'épilepsie n'était pas invalidante, que la situation médicale était bien gérée par la recourante et que la capacité de travail était entière, sous réserve d'une éventuelle incapacité de travail de 20 % pendant la période de crises. L'expert expliquait que ce n'est pas l'épilepsie elle-même qui est l'objet de l'invalidité de l'assurée, mais bel et bien l'image qu'on s'est faite de cette épilepsie. Le comportement de l'assurée et les décisions de l'AI

A/95/2008 - 13/16 - ont été à l'encontre de son insertion professionnelle. Finalement, si une invalidité persistait, elle ne pouvait être que d'ordre caractériel. Ces conclusions rejoignaient celles du Dr N_____ du 28 mai 1990 qui considérait que la capacité de travail de 50 % résultait d'un choix délibéré de la recourante. Suite à la demande de révision présentée par la recourante, le Tribunal de céans relève en premier lieu que du point de vue psychiatrique, elle ne présente aucune limitation, ainsi que le Dr T_____ l'a mentionné dans son rapport d'expertise du 22 août 2007, ce que la recourante ne conteste au demeurant pas. La prescription d'antidépresseurs l'a été temporairement, suite à des événements familiaux traumatisants, mais aucun suivi psychiatrique n'a été instauré, la recourante refusant d'ailleurs une telle prise en charge. S'agissant de l'épilepsie, la Dresse M_____ indique que l'état de santé de sa patiente s'est aggravé depuis 2003 et surtout 2004, dans le cadre d'un stress psychologique important. L'assurée a multiplié les crises qui surviennent non seulement au réveil, mais jusque tard dans la matinée. Elle a subi plusieurs crises, dont un malaise le 3 janvier 2005 au volant de sa voiture, et de nombreuses alertes coupées par le Rivotril. Le médecin traitant considère qu'une reprise de l'AI à 50 % se justifie, car la recourante ne peut assumer un travail le matin. Dans son expertise du 2 avril 2007, le Dr O_____ indique que l'épilepsie a gardé les mêmes caractéristiques que celles qu'il avait précédemment décrites et que selon la recourante, la dernière crise généralisée est survenue en janvier 2007 et la précédente neuf mois auparavant. Les migraines, déjà évoquées dans son expertise de 2003, apparaissent à nouveau sous une forme assez floue, puisque soudainement un calendrier des céphalées laisse entendre que l'assurée en souffre presque

quotidiennement. Les notions de migraines actives sont retrouvées à quelques reprises au cours de ces trois dernières années dans les notes de la Dresse M_____. Cette affection complique le tableau, tout aussi difficile à traiter que l'épilepsie, puisque l'assurée insiste sur la sévérité de cette maladie, mais elle est incapable de donner des précisions raisonnables quant aux modalités thérapeutiques suivies. Selon l'expert, l'épilepsie et les migraines sont, dans leur sévérité, dépendantes des circonstances existentielles de l'assurée, qui donne une image d'elle-même de victime de sa maladie et de ses conséquences sociales et professionnelles. Il explique que l'épilepsie idiopathique est en elle-même un diagnostic qui n'aboutit presque jamais à une invalidité, ainsi qu'il l'avait déjà relevé dans son expertise de 2003. Il nuance cependant sa position quant à la capacité de travail, au vu de l'évolution récente de l'épilepsie et de la constellation psychologique très complexe et très négative qui l'entoure et qui l'amènent à conclure qu'il est illusoire de vouloir faire travailler l'assurée le matin, car une crise avec des conséquences pénibles surviendra obligatoirement dans les semaines qui suivront le début de son emploi. Il admet une incapacité de travail de 20 % au moins depuis le début de 2004 et conclut que l'assurée peut exercer une activité à

A/95/2008 - 14/16 - temps partiel, l'après-midi. Une diminution de rendement sera à attendre épisodiquement selon le contexte. Décrivant l'évolution de la capacité de travail depuis 2004, l'expert déclare que si l'on se réfère aux crises survenues depuis 2004 et au contexte bien complexe qui les entoure, on s'aperçoit qu'à certaines périodes, les crises auraient certainement eu une influence sur la capacité de travail qui aurait alors été réduite temporairement. Par exemple, la crise en voiture survenue en janvier 2005, suivie d'une autre le 13 février 2005 ou les nombreuses crises citées par la Dresse M_____ en novembre 2006 sont des périodes où une capacité de travail de 50 % aurait été difficile à tenir. Par contre, d'autres périodes paraissent beaucoup plus sereines, mais il faut garder en mémoire qu'à chaque période de règles un nouveau scénario catastrophique peut survenir. Concernant enfin le traitement, l'expert relève dans la discussion, qu'il se voit finalement convaincu - en se référant à la Dresse M_____ et à ses expériences antérieures et compte tenu aussi de la manière dont se présente l'assurée - qu'une thérapeutique plus efficace ne peut pas être raisonnablement exigée pour ce syndrome épileptique qui s'est aggravé depuis 2003. L'intimé considère qu'il n'y a pas d'aggravation objective et durable de l'état de santé et que le Dr O_____ a en réalité procédé à une appréciation médicale différente de la capacité de travail, qui n'est pas de nature à fonder une révision. A la lecture du rapport d'expertise du Dr O_____, il convient d'admettre une aggravation de l'état de santé en raison de l'augmentation de la fréquence des crises d'épilepsie. Toutefois, il apparaît que ces crises plus fréquentes sont survenues en partie à la suite d'événements familiaux traumatisants (décès tragique de l'époux, difficultés des enfants) et dans un contexte psychologique défavorable (image de victime). D'autre part, s'agissant de la répercussion de l'augmentation de la fréquence des crises sur la capacité de travail de la recourante, l'expert relève que si durant certaines périodes de grandes crises une activité à 50 % aurait été difficile à tenir, il y a des périodes beaucoup plus sereines. En retenant une capacité de travail de 50 %, l'après-midi, le Tribunal constate que l'expert a pris en compte la constellation psychologique. Or, la recourante ne présente aucune affection psychiatrique qui limiterait sa capacité de travail. Une limitation de la capacité de travail est admissible durant les périodes de crises d'épilepsie généralisées : la Dresse M_____ a mentionné les dates des 3 janvier 2005, 20 février 2005, 17 juin 2005 et 18 juillet 2005, plus de nombreuses alertes. Quant à l'expert, il a indiqué que la dernière crise généralisée a eu lieu en janvier 2007 et la précédente neuf mois auparavant. Force est de constater que si la

capacité de travail a été réduite, ce n'est que de façon temporaire ainsi que l'affirme d'ailleurs l'expert, mais en aucun cas durant trois mois consécutifs. Il convient plutôt de retenir la conclusion de l'expert selon laquelle une diminution de la capacité de travail moyenne de 20 % est admissible, depuis 2004, insuffisante pour ouvrir droit à une rente de l'assurance-invalidité.

A/95/2008 - 15/16 - S'agissant des mesures de réadaptation, elles n'entrent pas en ligne de compte, la recourante ayant déjà bénéficié de telles mesures dans une activité entièrement adaptée à son état de santé. 9. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, est rejeté. 10. Un émolument de 200 fr. est mis à la charge de la recourante, en application de l'art. 69 al. 1bis LAI.

A/95/2008 - 16/16 -

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