

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/95/2008

ATAS/712/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 18 juin 2008

En la cause

Madame F_____, domiciliée à ONEX, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Daniel MEYER

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine KOEPEL et Dana DORDEA, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame F _____, veuve, mère de 3 enfants, a obtenu un diplôme de l'Ecole de culture générale (ECG) en juillet 1982.
2. Souffrant d'une épilepsie idiopathique généralisée depuis l'âge de 15 ans, l'assurée a déposé en date du 24 septembre 1984 une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI), tendant à une orientation professionnelle et à un placement.
3. Le Dr L _____, spécialiste FMH en neurologie et électroencéphalographie, a établi un rapport médical à l'attention de l'OCAI le 17 octobre 1984, dans lequel il indiquait que la capacité de travail en tant que vendeuse était de 100 % si le traitement médical est suivi correctement.
4. L'assurée a bénéficié de mesures de réadaptation accordées par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI), notamment la prise en charge d'une formation de secrétaire médicale à l'école BER à mi-temps, en raison de la fatigabilité. Après avoir obtenu son diplôme de secrétaire médicale en 1989, l'assurée a travaillé à mi-temps chez un médecin.
5. Dans un rapport du 3 novembre 1989 à l'attention de l'OCAI, la Dresse M _____, spécialiste FMH en neurologie, électroencéphalographie et doppler, a diagnostiqué une épilepsie primaire généralisée depuis 1978. Jusqu'en 1985, l'assurée faisait en moyenne une crise par an. Suite à un accident en 1985, la fréquence des crises a augmenté à quatre par an, pendant deux à trois ans, d'intensité faible, sans fatigue ni céphalées post-critiques. Elle est restée sans traitement de 1986 à 1988. Depuis, elle prend irrégulièrement des anti-comitiaux. Les crises ont généralement lieu le matin, peu après le réveil, très rarement la nuit. Depuis 1988, elles sont annoncées par un état d'absence de 15 à 20 minutes qui peut à de très rares reprises, se présenter également en dehors des épisodes de perte de connaissance. Le traitement anti-comitial est difficilement supporté en raison de troubles de la concentration. L'adaptation professionnelle n'est certainement pas favorisée par quelques troubles de type caractériel. S'agissant de la capacité de travail, le médecin note que la patiente a été au bénéfice d'une réadaptation professionnelle de l'AI et que depuis, elle travaille à 50 %.
6. L'OCAI a ordonné une expertise et a mandaté le Dr N _____, spécialiste FMH en neurologie, à cet effet. Dans son rapport d'expertise du 28 mai 1990, le Dr N _____ a constaté que l'assurée était en excellent état général, que l'examen général ne révélait pas d'anomalie et que l'examen neurologique était dans les limites normales. Au vu des différents électroencéphalogrammes pratiqués par les Drs L _____ et M _____, il a retenu les diagnostics d'épilepsie généralisée primaire et de migraines communes. Concernant la capacité de travail, l'expert

concluait en l'état actuel, à une capacité de 100 % pour les tâches ménagères; un travail à 50 % lui paraissait plutôt être une adaptation à son rythme de vie qu'une réelle invalidité. Il lui était difficile d'apprécier la réalité et l'importance des crises ainsi que d'apprécier jusqu'à quel point la patiente utilise la menace des crises pour obtenir une adaptation idéale de son rythme quotidien. L'expert déclarait qu'il pensait qu'il faudrait considérer la question de l'invalidité de manière plus définitive après l'accouchement l'an prochain. Dans ses conclusions, le Dr N_____ relevait qu'il n'y avait pas lieu d'imposer un traitement médicamenteux au vu de la faible fréquence des crises. Toutefois, compte tenu qu'elle ne prenait pas de traitement et que dans son activité ménagère elle assume un travail complet, il lui paraissait prématuré d'attribuer une invalidité de 50 %, le travail à mi-temps étant un choix délibéré afin d'assumer les tâches ménagères et de mère de famille dans le temps qui reste.

7. Par décision du 8 novembre 1990, l'OCAI a reconnu à l'assurée un degré d'invalidité de 50% et lui a octroyé une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} juin 1989.
8. Dans le cadre de la première révision de la rente initiée en 1993, la Dresse M_____ a indiqué que l'état de santé était stationnaire, que la patiente faisait une crise par an, qu'elle parvenait à couper les crises par du Rivotril et qu'elle ne prenait aucune médication fixe, car tous les antiépileptiques essayés provoquent d'importants troubles de la concentration. Pour le surplus, la patiente ne travaillait pas. Le droit à la demi-rente a été reconduit par communication du 8 avril 1994.
9. Une deuxième procédure de révision a été initiée par l'OCAI en date du 19 mars 2003. Dans son rapport du 30 avril 2003 à l'attention de l'OCAI, la Dresse M_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire, que l'épilepsie primaire généralisée était sans changement de fond au vu du problème de concentration invalidant engendré par les divers traitements entrepris. La patiente coupe ses crises ressenties toujours le matin au réveil par des gouttes de Rivotril. Ce médecin relève qu'elle n'avait pas revu la patiente depuis le 2 juillet 2002. La patiente n'a pas de limitations fonctionnelles, mais un travail trop important verrait une recrudescence des crises. La patiente n'avait aucun traitement en cours, car les épileptiques de fond créent trop d'effets secondaires sur la concentration et le risque de crises diurnes était quasiment nul. Une reprise de travail serait possible à 50% le jour où ses enfants seront plus indépendants, la patiente étant séparée de son mari.
10. Selon un questionnaire pour employeur, l'assurée a travaillé chez X_____ du 1^{er} août 2002 au 31 décembre 2002, à raison de 20 heures 50 par semaine pour un salaire de 1'700 fr. par mois.

11. Dans le questionnaire servant à déterminer le statut, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé elle exercerait une activité à 100% dans le domaine médical en raison de besoins financiers. Actuellement elle était au chômage.
12. L'Office cantonal de l'emploi (OCE) a confirmé en date du 4 juillet 2003 que la dernière inscription de l'assurée remontait au 10 février 2003, date depuis laquelle elle bénéficiait d'indemnités de chômage pour un gain assuré de 1'842 fr.
13. L'OCAI a ordonné une expertise qu'il a confiée au Dr. O _____, spécialiste FMH en neurologie, électroencéphalographie et électromyographie. Dans son rapport du 24 novembre 2003, le Dr O _____ a indiqué qu'il avait reçu l'assurée à sa consultation pour un entretien prolongé et un examen clinique le 13 novembre 2003. L'expert a diagnostiqué une épilepsie idiopathique généralisée à forte composante cataméniale avec absences et crises de Grand-Mal ayant une faible répercussion sur la capacité de travail (conduite d'un véhicule, éventualité d'une crise). Dans la discussion du cas, il relève que l'assurée évoque des signes prémonitoires des crises. Il s'agit d'une affection parfaitement recensée et connue liée à la constitution même du cerveau et donc non susceptible d'être guérie, mais répondant généralement très bien à un traitement antiépileptique adapté même léger. En réalité, l'assurée fait peu de crises. Elle sait gérer sa maladie par des gouttes de Rivotril. Elle fait des crises dans des circonstances très précises de contrariété, de fatigue, éventuellement plusieurs fois dans une année. Il a relevé quelques discordances dans le comportement, à savoir que l'assurée utilise régulièrement sa maladie épileptique dans son intégration professionnelle, mais qu'elle n'hésite pas à conduire ni à exercer le métier de professeur de natation pendant six mois à mi-temps alors qu'elle est déjà épileptique et le sait. La situation médicale actuelle est bien prise en charge par la Dresse M _____ et paraît correctement stabilisée. Cette maladie a une faible répercussion sur la capacité de travail. Le pronostic est bon dans la mesure où on sait que l'affection dont souffre l'assurée n'est pas évolutive. La situation actuelle est donc non susceptible d'aggravation. Il n'est pas impossible qu'une thérapeutique de fond soit une fois nécessaire, mais elle devrait être correctement tolérée. L'épilepsie n'a qu'une très faible influence sur la capacité de travail au plan physique. Il est possible que l'assurée présente une crise à son lieu de travail et celle-ci pourrait éventuellement entraîner des conséquences d'ordre traumatique. L'expérience montre cependant que cette éventualité est très rare si l'on prend la sévérité de sa maladie en compte. Sur le plan psychique et mental, les limitations sur la capacité de travail sont plus importantes et parfaitement subjectives. L'assurée a certainement eu de la peine à intégrer sa maladie dans sa constellation psychologique à la fin de son adolescence. Par la suite, on s'aperçoit tant en étudiant son dossier médical qu'en discutant avec elle qu'elle fait intervenir sa maladie dans ses rapports avec l'autorité dans son activité professionnelle et dans sa relation avec les assurances qui ont à prendre en compte son affection. Il n'y a cependant ni affection psychique ni altération mentale au sens médical du terme. L'assurée a utilisé sa maladie pour réduire son activité

professionnelle, ce qui a été admis par l'assurance-invalidité. La capacité de l'assurée est complète dans la mesure où on n'exige pas d'elle de conduire un véhicule dans l'exercice de sa fonction. Compte tenu de sa formation, on n'imagine pas qu'on exige d'elle un travail sur des échafaudages, sur des toits ou avec des machines susceptible de la blesser si elle fait une crise. L'activité exercée jusqu'ici est encore exigible puisqu'elle a une rente à 50%. En réalité, il n'y a pas de contre-indications à ce qu'elle travaille 8 heures par jour. Une diminution du rendement liée au traitement éventuel de son épilepsie n'est pas à attendre non plus, bien qu'elle s'en prévale. Il y a peut-être eu une incapacité de travail à 20% pendant la période qui a suivi son traumatisme et où elle a présenté selon elle de nombreuses crises Grand-Mal au cours de l'année suivante. Cette situation est néanmoins sortie de l'actualité depuis de nombreuses années. Ce sont plus les conditions qui ont géré son degré de capacité de travail que la maladie épileptique elle-même. Dans ses remarques, l'expert conclut 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 et l'adaptation au sens large de l'individu à sa maladie qui est en jeu. Le comportement de l'assurée et les décisions de l'AI ont été à l'encontre de son insertion professionnelle. Si une invalidité persiste, elle ne peut être que d'ordre caractériel.

14. Dans un avis du 16 décembre 2003, le SMR relève que lors de la première révision, le Dr N_____ indiquait clairement que le travail à mi-temps de l'assurée résultait d'un choix délibéré et non pas d'une réelle incapacité de travail et que malgré cet avis la demi-rente a été maintenue. Dans la récente expertise de novembre 2003, le Dr O_____ ne dit pas autre chose. Il apparaît que les critères médicaux font défaut pour l'octroi de prestations AI et le maintien de la rente est dès lors injustifié.
15. Par décision du 19 janvier 2004, l'OCAI a supprimé, par voie de reconsidération, la rente d'invalidité avec effet au 2^{ème} jour qui suit la notification de la décision, au motif que d'après les éléments en sa possession, sa décision du 8 novembre 1990 était manifestement erronée.
16. L'opposition formée par l'assurée le 5 février 2004 a été rejetée par l'OCAI, par décision du 24 février 2004, entrée en force.
17. Le 5 septembre 2005, l'assurée a déposé une demande de révision, alléguant que son état de santé s'est très fortement dégradé. Elle fait état de crises plus fréquentes et de maux de tête insupportables.
18. Dans un rapport adressé à la Dresse P_____ le 3 janvier 2005, le Centre d'accueil et d'urgence des hôpitaux universitaires de Genève (HUG) a posé comme diagnostic des crises épileptiques provoquées par des modifications hormonales. Alors qu'elle conduisait sa voiture, elle a fait un malaise avec perte de connaissance

et amnésie circonstancielle. Un traitement de fond était nécessaire et la conduite d'un véhicule lui était interdite actuellement.

19. Dans un rapport complémentaire à l'attention de l'OCAI daté du 23 janvier 2005, la Dresse P_____ indique que la situation de l'assurée s'est aggravée dès le milieu de l'année 2003 et surtout en 2004 dans le cadre d'un stress psychologique important, à la suite notamment du décès tragique de son mari. Depuis, la patiente a multiplié les crises, les alertes avec des crises survenant non plus seulement au réveil mais aussi jusque vers 10 heures du matin, de sorte qu'elle les a parfois présentées à l'extérieur, lors de ses courses par exemple. Elle n'est plus apte à conduire un véhicule. Tous les antiépileptiques ont été essayés, mais ils sont mal supportés avec au bout de quelques jours l'apparition d'un problème majeur de concentration, certains en plus avec des effets secondaires de céphalées et une irritabilité. Seul le Rivotril à petites doses est supporté en traitement de fond. Un état dépressif a bien réagi à la Fluctine qui a pu être stoppée. La Dresse M_____ conclut à une révision de la rente avec reprise d'AI à 50% vu les nombreuses récurrences de crises et l'impossibilité d'assumer un travail le matin. Les crises surviennent toutes entre le réveil et 10-11 heures du matin, et jamais dans l'après-midi.
20. A la demande de l'OCAI, la Dresse P_____ a répondu en date du 6 septembre 2006 qu'aucune consultation psychiatrique n'a été organisée car la patiente refuse une telle prise en charge. La Fluctine a été prise dès le 29 janvier 2004 sur une courte période suite au décès de son mari et de toutes ses complications juridiques. Elle a été reprise en janvier 2005 brièvement, et d'août à novembre 2005 en rapport avec de gros problèmes familiaux. La patiente présente une reprise plus florissante de l'épilepsie, des angoisses, des pleurs inadaptés quotidiens et une certaine aboulie.
21. L'OCAI a ordonné une nouvelle expertise neurologique et a mandaté le Dr O_____. Dans son rapport du 2 avril 2007, l'expert relève à l'anamnèse intermédiaire que l'épilepsie de l'assurée a gardé les mêmes caractéristiques que celles qui avaient été précédemment décrites, soit une très forte propension que les crises surviennent au cours des règles, presque exclusivement le matin sous forme d'une crise d'emblée généralisée, soit avec perte de connaissance, convulsions et état postcritique. Il persiste des prodromes à ces crises généralisées sous forme "d'étincelles et de secousses dans la tête". La dernière crise généralisée est survenue en janvier 2007. L'assurée sait anticiper et traiter les jours particuliers, parfois ceux qui précèdent ou ceux qui suivent selon des signes prémonitoires avec le Rivotril. Elle signale également la survenue de migraines, dont l'évocation par leur caractère pulsatile et leur localisation frontale bilatérale paraît assez claire. A l'examen clinique, le discours est souvent flou, l'expertisée peut donner l'impression d'être délibérément imprécise, évoquant alors des troubles de la mémoire ou du jugement. L'examen neurologique lui-même est normal. Dans la discussion du cas, l'expert relève que l'assurée présente quatre problèmes médicaux distincts les uns des autres

susceptibles d'interférer avec sa capacité de travail, soit l'épilepsie, la migraine, ses dispositions mentales et, enfin et temporairement, une entorse de la cheville gauche survenue la veille. S'agissant de l'épilepsie, au vu de la conviction de la Dresse M_____ qu'aucun autre traitement n'est raisonnablement envisageable chez l'assurée vu ses expériences antérieures et compte tenu de la manière dont se présente l'assurée, l'expert est convaincu qu'une thérapeutique plus efficace ne peut être valablement exigée pour ce syndrome épileptique qui s'est aggravé depuis 2003. Les migraines compliquent le tableau. Selon l'expert, l'épilepsie et les migraines sont dans leur sévérité dépendantes des circonstances existentielles de l'assurée. Le Dr O_____ explique que si l'épilepsie idiopathique généralisée est en elle-même un diagnostic qui n'aboutit presque jamais à une invalidité, la présentation récente de l'épilepsie de l'assurée et la constellation psychologique très complexe et très négative qui l'entoure l'amène à conclure que dans ce cas précis, 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, entraînant ainsi une mise en échec de tout projet professionnel à plein temps. Vouloir exiger de l'assurée de suivre un traitement antidépresseur, voire même un traitement psychothérapeutique est illusoire, car compte tenu de l'âge et de la structure psychologique de l'assurée, il est exclu de lui faire modifier sur le fond sa manière de penser, de se présenter, de se gérer en étant malade pour affronter des exigences plus grandes à son égard. Quant à l'entorse de la cheville gauche, il s'agit-là d'un problème traumatique survenu dans des circonstances imprécises et l'expert ignore à ce jour si des dispositions thérapeutiques ou des investigations ont été entreprises. S'agissant des limitations en relation avec les troubles constatés, sur le plan physique, l'expert indique que la survenue d'une crise convulsive généralisée (Grand-Mal) est une limitation toujours possible de la capacité de travail. Cette éventualité ne peut pas être écartée dans le cas de l'assurée, son histoire montrant que des crises peuvent survenir en dehors de la période des règles sans prodrome, même le soir. Sur le plan psychique, elle se présente comme une victime de sa propre affection et a plutôt tendance à se mettre en état d'échec pour pouvoir mieux se lamenter sur son sort. Concernant l'influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici, ils agissent de la manière suivante : si une crise survient, elle prend des proportions telles qu'un licenciement suit dans un bref délai. Une capacité de travail résiduelle est envisageable à temps partiel, l'après-midi, période où les crises sont excessivement rares. La migraine n'est pas une contre-indication à un tel travail, mais celui-ci doit naturellement prendre en compte l'éventualité d'une crise dans son caractère de dangerosité pour l'employée comme pour l'environnement. Elle pourrait ainsi travailler à mi-temps l'après-midi, 4 heures par jour comme employée ou vendeuse. Le rendement sera dépendant des alertes, des migraines et des dispositions du sujet. L'expert note que dans sa précédente expertise de novembre 2003, il avait répondu assez sèchement qu'une épilepsie idiopathique généralisée ne devait être en aucune mesure à l'origine d'une incapacité de travail. Il revoit actuellement cette attitude avec quelques nuances, si

l'on en croit l'évolution de l'épilepsie depuis lors et la difficulté pour les médecins de gérer le cas de l'assurée. Il admet donc que depuis le début 2004, il y a une incapacité de travail de 20% au moins qui perdure actuellement. S'agissant de l'évolution de la capacité de travail, l'expert indique 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 le 3 janvier 2005, suivie d'une crise 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% a 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. Pour le surplus, aucune mesure de réadaptation professionnelle n'est envisageable, d'une part parce qu'elle ont déjà été prises dans le passé par l'AI et d'autre part parce qu'on ne voit pas vers quelle profession une réadaptation pourrait améliorer la situation.

22. Dans un avis médical signé le 25 avril 2007 par les Drs. Q_____ et R_____ du SMR Suisse romande, il est noté que la capacité de travail de l'assurée est de 50% dans son ancienne profession, que l'atteinte à la santé et les traitements de l'assurée contre-indiquent la mise en place de mesures professionnelles. La capacité de travail de 50% est inchangée depuis la décision AI initiale car il n'y a pas eu d'amélioration de l'état de santé depuis cette époque.
23. Dans un avis du 25 juin 2007, le SMR, sous la plume de S_____, médecin conseil, préconise une évaluation psychiatrique.
24. L'OCAI a mandaté la clinique de Belle-Ideé à Genève. L'assurée a été examinée par le Dr T_____, chef de clinique, qui a rendu son rapport en date du 22 août 2007. Sur le plan psychiatrique, l'expert relève que l'assurée n'exprime aucune plainte relative à un trouble psychiatrique et que durant les entretiens, elle n'exprime aucune symptomatologie. En 2003, elle a eu un passage transitoire de tristesse, d'angoisse et de troubles du sommeil suite au décès tragique de son mari, à la suite duquel son neurologue lui aurait prescrit un antidépresseur et un somnifère qu'elle a pris pendant une dizaine de jours. Elle n'a jamais eu de suivi psychiatrique ni d'hospitalisation. L'expert n'a mis en évidence aucun diagnostic psychiatrique. L'assurée ne présente aucune limitation sur le plan psychique et mental et ses compétences sociales sont conservées. Il conclut dès lors que l'arrêt de l'activité professionnelle depuis mars 2006 n'est pas due à des troubles psychiatriques et qu'elle peut exercer une activité à plein temps.
25. Dans un avis du 30 novembre 2007, le SMR Suisse romande indique que précédemment l'épilepsie avait été jugée non invalidante ce qui avait conduit à la suppression de la rente. Dans le deuxième rapport d'expertise effectué par le Dr O_____, il revient sur ses conclusions essentiellement en raison des problèmes

psychologiques de l'assurée et retient une capacité de travail exigible de 50%. Toutefois, selon la Dresse S_____, l'assurée ne présente plus d'invalidité pour des raisons d'épilepsie, elle ne présente par ailleurs pas de maladie psychiatrique invalidante. Elle n'a donc pas présenté d'aggravation de l'état de santé depuis la suppression de la rente et l'aggravation de l'état de santé, rendue plausible lors de la nouvelle demande du 6 septembre 2005, n'a aucune répercussion sur la capacité de travail puisqu'en fait il n'y a aucune aggravation de l'état de santé.

26. Par décision du 30 novembre 2007, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée au motif qu'il résulte de l'instruction suite à sa demande de révision qu'il n'y a pas de faits nouveaux depuis la dernière décision du 24 février 2004.
27. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assurée interjette recours le 14 janvier 2008. Elle conteste la décision de l'OCAI, au motif qu'il résulte du complément d'expertise neurologique auprès du Dr O_____ qu'elle a une capacité de travail résiduelle de 50% en raison des crises épileptiques à répétition depuis en particulier le début de l'année 2004, parfois accompagnées d'épisodes migraineux aigus non sans influence sur la capacité de travail de la recourante. Elle conteste dès lors que l'OCAI se soit fondé exclusivement sur l'absence de troubles psychiques pour conclure que l'atteinte n'est pas invalidante. Elle considère que le complément d'expertise du Dr O_____ a force probante et qu'il convient d'admettre une aggravation de son état de santé. Elle conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité d'au moins 50% à compter du 1^{er} septembre 2005, pour une durée indéterminée.
28. Dans sa réponse du 7 février 2008, l'OCAI conclut au rejet du recours, considérant que la situation de la recourante n'a pas connu de modification notable et durable depuis la décision de suppression de rente du 19 janvier 2004. L'OCAI se réfère à l'expertise du Dr O_____ qui décrit que l'épilepsie de l'assurée a gardé les mêmes caractéristiques que ce qui avait été décrit précédemment. Il s'agit d'une appréciation médicale différente de la capacité de travail qui n'est pas de nature à fonder une révision.
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).

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 1^{er} 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

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 1^{er} 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 1^{er} 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

ont été à l'encontre de son insertion professionnelle. Finalement, si une invalidité persistait, elle ne pouvait être que d'ordre caractériel. Ces conclusions rejoignent 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 le 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

temps partiel, l'après-midi. Une diminution de rendement sera à attendre épisodiquement selon le contexte. Décivant 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.

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.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL 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); 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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