

# **GE\_GERICHTE ATAS/1012/2014 vom 17. September 2014**

GE Cour de justice, 2014-09-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1012\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1012_2014)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1012/2014 du 17 septembre 2014

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1012/2014 del 17 settembre 2014

## **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; RS 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**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjetés dans la forme et le délai prévus par la loi, les recours sont recevables, en vertu des art. 56ss LPGA.

### **E. 3**

Le litige porte sur le maintien du droit de la recourante au versement d'une demi- rente d'invalidité.

A/542/2014 - 9/15 -

### **E. 4**

a. En vertu de 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. Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 302/04 du 27 mars 2006 consid. 4.5). b. Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_187/2007 du 30 avril 2008 consid. 4.3). Au regard de la sécurité juridique, une décision administrative entrée en force ne doit pouvoir être modifiée par le biais de la reconsidération que si elle se révèle manifestement erronée. Cette exigence permet d'éviter que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 512/05 du 3 mai 2006 consid. 3). En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence, à l'époque, de preuves de faits essentiels (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_76/2010 du 24 août 2011 consid. 4.2). Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de

conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 5/07 du

## **E. 9**

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 consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3). 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. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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

A/542/2014 - 12/15 - 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. A 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 Nr. 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).

#### **E. 10**

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). 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).

#### **E. 11**

a. En juillet 2010, la recourante a fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire à la CRR. Cette expertise est basée sur une anamnèse et une analyse complètes du dossier, lequel comportait tous les rapports et documents radiologiques pertinents. L'état de santé de la recourante a fait l'objet d'examens approfondis et des investigations complémentaires ont été requises. Les plaintes de la recourante ont été prises en compte et les spécialistes ont procédé à une discussion et à une appréciation du cas détaillées. Ils ont justifié les raisons pour lesquelles ils ont exclu l'existence de tout trouble psychique limitant la capacité de travail et retenu, sur le plan physique, que seule l'atteinte lombaire entraînait des répercussions sur ladite capacité. Ils ont clairement défini les limitations fonctionnelles et se sont prononcés sur la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée aux restrictions retenues. Aucun indice concret ne permet de douter du bien-fondé des conclusions de l'expertise, lesquelles sont dûment motivées et apparaissent des plus convaincantes. Le rapport du 4 novembre 2010 remplit donc tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. b. La recourante, laquelle ne conteste pas la valeur probante du rapport d'expertise ni ne prétend que les experts auraient ignoré des éléments objectivement vérifiables dans le cadre de leur examen, invoque que son état de santé s'est aggravé. Elle rappelle tout d'abord que ses problèmes dorsaux sont toujours présents et se réfère

A/542/2014 - 13/15 - à cet égard aux rapports émis par le Dr O\_\_\_\_\_ et la Dresse P\_\_\_\_\_. Le premier de ces médecins a diagnostiqué un lumbago intermittent et des sciatgies à gauche sur une protrusion cervicale C5-C6 paramédiane droite avec une cyphosisation, ainsi qu'une uncarthrose facettaire L5-S1 et une protrusion paramédiane L5-S1 sans conflit radiculaire (rapport du 19 décembre 2013). Quant à la Dresse P\_\_\_\_\_, elle a fait état de discopathies protrusives C5-C6 médio-latérales droites, de protrusion paramédiane L5-S1 droite et d'une hernie discale L5-S1 (rapport du 16 janvier 2014). La chambre de céans constate que ces diagnostics rejoignent ceux retenus par les experts de la CRR, à savoir des lombalgies persistantes irradiant dans les membres inférieurs, une arthroplastie L5-S1 le 19 décembre 2002, une discectomie L5-S1 en 1996, de discrets troubles statiques et dégénératifs du rachis dorsolombaire, des cervicalgies persistantes accentuées dans les suites d'une contusion cervicale le 20 mars 2010, des discrets troubles dégénératifs cervicaux et une discrète protrusion discale C5-C6, ainsi que des céphalées

tensionnelles. Les rapports des médecins précités n'apportent donc aucun élément permettant de considérer que les troubles dorsaux de la recourante se seraient aggravés depuis l'expertise de la CRR. La Dresse P\_\_\_\_\_ a d'ailleurs mentionné que les récentes investigations avaient permis de confirmer les pathologies rachidiennes « présentes depuis de nombreuses années ». La recourante rappelle ensuite avoir été atteinte de la maladie de Basedow après le prononcé de la première décision. La chambre de céans remarque que ce fait était également connu des experts, lesquels ont retenu, à titre de diagnostic sans effet sur la capacité de travail, une maladie de Basedow découverte en 2005, traitée d'abord par médicaments puis par curiethérapie en 2007, et une fonction thyroïdienne équilibrée sous substitution hormonale. Leurs conclusions sont au demeurant corroborées par les autres pièces du dossier puisque la médecin-traitant de la recourante avait indiqué au médecin SMR qu'une expertise de médecine interne n'était pas nécessaire, la recourante étant traitée et bien équilibrée sur le plan endocrinologique (avis du Dr M\_\_\_\_\_ du 4 mars 2010). De même, le Dr D\_\_\_\_\_ a expliqué que la maladie de Basedow avait été traitée par des antithyroïdiens durant quelques mois avant d'entrer en rémission. Une récurrence de l'hyperthyroïdie avait été traitée en 2007 et la recourante avait reçu une dose d'iode en décembre 2007 (rapport du 20 décembre 2007). La Dresse G\_\_\_\_\_ a quant à elle signalé que la recourante avait subi une ablation de la thyroïde par radio-iode en juillet 2007, précisant que l'évolution avait été excellente et que la recourante ne présentait aucune diminution de ses capacités physiques (rapport du 26 août 2009). Force est donc de conclure que cette atteinte n'entraîne aucune répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Enfin, cette dernière allègue subir une importante perte de l'acuité visuelle de son œil gauche et se réfère à cet égard un rapport de la Dresse N\_\_\_\_\_, laquelle a notamment constaté une amblyopie profonde de l'œil gauche et mentionné que la recourante n'avait pas de vision binoculaire, ce qui engendrait une fatigue oculaire

A/542/2014 - 14/15 - importante (rapport du 21 octobre 2013). La chambre de céans observe cependant que ce trouble est aussi connu de longue date, puisqu'il ressort de nombreuses pièces que la recourante présente, depuis au moins 1995, une amblyopie profonde de l'œil gauche, une baisse de l'acuité visuelle et une forte instabilité oculaire (rapports des HUG des 1er, 6 et 15 septembre 1995). Les experts avaient connaissance de cette atteinte puisqu'ils ont retenu le diagnostic d'amblyopie de l'œil gauche dans les suites d'un strabisme qui aurait été opéré durant l'enfance. Ils ont toutefois estimé que ce trouble n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail. La recourante n'apporte aucun élément permettant de remettre en cause ces conclusions. c. Partant, la recourante n'a pas rendu vraisemblable que son état de santé se serait aggravé depuis le rapport d'expertise du 4 novembre 2010. Il s'impose donc de conclure, sur la base dudit rapport que seule l'atteinte lombaire a une répercussion durable sur la capacité de travail et que cette atteinte est stable depuis l'intervention du 19 décembre 2002, ce qui est également admis par le médecin-traitant, dès lors qu'il a considéré que l'état de santé de la recourante était stationnaire depuis le mois de décembre 2002 (rapport de la Dresse C\_\_\_\_\_ du 26 octobre 2009).

## **E. 12**

En l'absence d'une péjoration de l'état de santé depuis 2004, il sied dès lors de constater que l'intimé est en droit de remplacer la demi-rente par un quart de rente, dès lors que le calcul du degré d'invalidité dans la décision initiale était manifestement erroné. Il ne fait par ailleurs pas de doute que la rectification de cette décision revêt une importance notable, dès

lors qu'elle conduit à une diminution conséquente de la rente.

**E. 13**

Les recours seront donc rejetés.

**E. 14**

Etant 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.-.

A/542/2014 - 15/15 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant A la forme :

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