

GE_GERICHTE ATAS/440/2011 vom 13. April 2011

GE Cour de justice, 2011-04-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_440_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/440/2011 du 13 avril 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/440/2011 del 13 aprile 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Cour de justice, Chambre des assurances sociales, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). 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). Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA).

E. 3

Le litige porte sur le droit de l'OAI de réviser sa décision du 12 octobre 2001, par laquelle la recourante a été mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité. Il s'agit donc de comparer la situation présidant en octobre 2001, à savoir au moment de l'octroi de la demi-rente d'invalidité, et celle existant en novembre 2009, lors de la suppression de ladite rente.

E. 4

a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain,

A/4671/2009 - 11/20 - elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). b) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 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 décision initiale de rente et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Ainsi, pour

examiner s'il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGa, le juge doit généralement prendre en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. Il convient encore d'ajouter qu'à l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force 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 révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5 p.110 ss). Cela est également valable pour une décision faisant suite à une révision d'office du droit à la rente, qui constate que le droit aux prestations ne s'est pas modifié. 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 (cf. 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 diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGa doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du A/4671/2009 - 12/20 - 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). c) Aux termes de l'art. 88bis al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité (RAI), la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet : au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a) ; rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 RAI (let. b).

E. 5

a) 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, 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). b) 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 convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces

A/4671/2009 - 13/20 - avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). 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 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

d) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). 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 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 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 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

E. 6

En l'espèce, il convient principalement de déterminer si l'état de santé de la recourante s'est amélioré entre la décision du 12 octobre 2001 et la décision querellée du 20 novembre 2009. a) Lors de la décision d'octroi, le 12 octobre 2001, les atteintes suivantes avaient été constatées :

A/4671/2009 - 14/20 - – En 1996, des signes lésionnels neurogènes de distribution radiculaire C6 bilatéraux et un syndrome canalaire carpien bilatéral prédominant à droite avaient été diagnostiqués (voir rapport du 26 novembre 1996 du Dr B _____). – En 1997, les médecins avaient relevé les atteintes suivantes : – Sur le plan physique (voir rapport du 21 mars 1997 de la Clinique de réhabilitation de Bellikon) : symptômes de surcharge du rachis cervical, avec légère composante irritative, myosites (partie supérieure du trapèze à droite, sterno-cléido-mastoïdien droit), ténopériostoses (interspinales), vertiges d'origine cervicale après céphalées principalement d'origine cervicale sans déficits neurologiques notamment dans un contexte d'hypercyphose de la partie supérieure du rachis dorsal ; légers symptômes de surcharge du rachis lombaire, avec des myosites paravertébrales à gauche et des tendinites à la charnière lombo-sacrée, dans un contexte d'attitude vicieuse du rachis (dos plat au niveau du rachis dorsal et hyperlordose lombaire) ; sinusite maxillaire, catarrhe tubaire de l'oreille moyenne. – Sur le plan psychique (voir rapport du 5 juillet 1997 du Dr C _____) : état de stress post-traumatique alors en voie de résolution progressive et trouble de l'adaptation avec humeur dépressive. – En 1998, sur le plan physique, les diagnostics suivants ressortaient des divers rapports médicaux : raideur cervicale avec effacement de la lordose physiologique ; forte diminution de la flexion et de l'extension avec des décalages postérieurs de C3 par rapport à C4 et de C4 par rapport à C5, en extension, discrète arthrose des masses latérales à droite de l'apophyse odontoïde et à la charnière C1-C2 (rapport du 10 février 1998 du Dr D _____), cervicalgies quasi-continue, vertiges, céphalées, perte de mémoire et de la force concentration, polypragmasie, lombalgies et gonalgies bilatérales (rapport du Dr E _____ du 10 février 1998). – En 2000, les médecins avaient mentionné les atteintes suivantes : – Sur le plan neuropsychologique, défaut du mot à la dénomination, discrètes difficultés à certaines épreuves exécutives (Luria, Stroop) et performances déficitaires en double tâche (rapport du 20 septembre 2000 du). – Sur le plan physique : petite lésion du pôle antérieur temporal, avec attraction de la corne temporale en regard (rapport d'IRM cérébrale du 19 octobre 2000) ; cervicalgie post-traumatique suite à une entorse cervicale, discrète anomalie de Kimmerlé congénitale, spondylarthrose modérée à

A/4671/2009 - 15/20 - prédominance C7-D1, encéphalopathie post-traumatique minime à modérée, syndrome de stress post-traumatique non entièrement résolu, irritation radiculaire C6 bilatérale, scotome du champ visuel de l'œil droit sans conséquence fonctionnelle (rapport du Dr F _____ du 24 novembre 2000). – En 2001, les atteintes suivantes avaient encore été relevées : – Sur le plan psychique (rapport du Dr C _____ du 12 avril 2001) : état de stress post-traumatique partiellement résolu (F43.1), état dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), boulimie atypique (F50.3) et multiples problèmes somatiques. – Sur le plan physique (voir rapport du scanner de la colonne lombaire, du 1er juin 2001) : discarthrose étagée, avec une protrusion discale également étagée, se développant sur un canal lombaire limite, voire relativement étroit, à hauteur des vertèbres L4 et L5, hypertrophie ligamentaire jaune, plus importante à gauche qu'à droite, était également notée. En résumé, lors de la décision d'octroi de la demi-rente, en octobre

2001, la recourante souffrait principalement de cervicalgies, d'une spondylarthrose en C7-D1, d'une encéphalopathie post-traumatique minime à modérée, d'une irritation radiculaire C6 bilatérale, d'une discarthrose étagée (L3-L4 et L4-L5), avec une protrusion discale également étagée (L3-L4, L4-L5 et L5-S1), d'une hypertrophie ligamentaire jaune, d'un syndrome de stress post-traumatique non entièrement résolu, d'un état dépressif moyen avec syndrome somatique et d'une boulimie atypique. b) Dans le cadre de la procédure de révision, débutée en mars 2006, les diagnostics posés dans les expertises des Drs K_____ et L_____ des 9 mars 2009 et 26 août 2009 étaient les suivants : – Sur le plan rhumatologique (voir rapport du Dr K_____ du 9 mars 2009) : cervicalgies chroniques suite à une entorse cervicale en 1996 (accident de la circulation), lombalgies sur troubles de la posture et obésité, obésité, une hypertension artérielle (HTA), asthme, status après cure d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral, gonalgies sur une gonarthrose débutante. – Sur le plan psychique (voir rapport du Dr L_____ du 26 août 2009) : épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00), présent depuis 1996. Il s'agit donc de déterminer si ces expertises sont suffisamment crédibles pour que leurs conclusions puissent être suivies sans que la Cour de céans n'ait de doute sur la solution adoptée.

A/4671/2009 - 16/20 - ba) S'il répond certes à plusieurs réquisits jurisprudentiels, le rapport du Dr K_____ du 9 mars 2009 est toutefois incomplet, voire contradictoire : – Alors même qu'il commente le rapport de radiographie du 27 octobre 2006 de la colonne cervicale et lombaire de face et profil, qui relève la présence d'une uncodiscarthrose de C3 à C6 et d'une discrète ostéochondrose lombaire, l'expert n'en fait pas état dans les diagnostics qu'il a posés. De même, les radiographies de la colonne lombaire et des genoux, effectuée le 19 janvier 2007, font état d'une spondylose lombaire et d'une discrète arthrose fémoro- patellaire et fémoro-tibiale, des deux côtés. A nouveau, l'expert n'en fait pas état dans ses diagnostics. Tout au plus mentionne-t-il des lombalgies sur trouble de la posture et des gonalgies sur gonarthrose débutante. – Par ailleurs, l'expert s'est contenté d'un rapport de radiographie concernant la colonne cervicale, établi en 2006 et n'a pas estimé nécessaire d'effectuer des investigations complémentaires alors même que la recourante se plaignait de douleurs au niveau du rachis cervical. Or, les examens, notamment sous forme de radiographies, des zones présentant des problèmes doivent être refaits lorsque les images en possession de l'expert datent de plus de six mois (voir les Lignes directrices de la Société suisse de rhumatologie pour l'expertise médicale des maladies rhumatismales et des séquelles rhumatismales d'accident, ch. 3.4 in Bulletin des médecins suisses 88/2007, p. 736 et ss). – L'expert fait état de vertiges, sur lesquels il ne peut se prononcer. De même, il mentionne des vomissements fréquents, dont l'origine n'est pas déterminée. – Les diagnostics posés par l'expert font état d'un status après cure d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral. Or, dans son avis rhumatologique, l'expert mentionne des douleurs évoquant une récurrence du syndrome du tunnel carpien, ce qui ne ressort pourtant pas des diagnostics retenus, qui laissent supposer que cette problématique n'était plus d'actualité. – Par ailleurs, la Cour de céans peine à comprendre pour quelles raisons le Dr K_____ n'a pas retenu de limitations fonctionnelles alors que des atteintes au rachis cervical et lombaire ainsi qu'aux genoux ont été constatées. Au vu des considérations qui précèdent, la Cour de Céans ne peut suivre les conclusions de l'expertise du Dr K_____ sans avoir de doutes. Quant à l'expertise du Dr L_____, elle répond aux réquisits jurisprudentiels. En effet, les points litigieux ont fait l'objet d'une étude fouillée, l'expert a pris en considération les plaintes exprimées par le patient. Le rapport a été établi en se basant sur une anamnèse complète et les conclusions de l'expert sont bien motivées. Il a

notamment clairement expliqué les raisons pour lesquelles les diagnostics retenus en 2001 n'étaient plus d'actualité en 2009, tout en précisant que

A/4671/2009 - 17/20 - l'état de santé de la recourante était précaire. Aussi cette expertise présente-t-elle une pleine valeur probante. Les rapports médicaux transmis par la recourante ne sauraient par ailleurs remettre en question la valeur probante de l'expertise du 26 août 2009, dès lors qu'ils n'expliquent pas les raisons pour lesquelles les atteintes constatées en 2001 seraient toujours présentes en 2009. bb) Par ailleurs, les investigations médicales effectuées par l'OAI ne sont pas complètes. En effet, il aurait fallu inclure l'aspect neurologique, la recourante faisant état de vertiges et de vomissements, ainsi que d'endormissement de ses deux bras, atteintes sur lesquelles le Dr K_____ ne s'est pas prononcé. Or, ces aspects n'ont tout simplement pas été investigués. c) Ainsi, force est de constater que si l'état de la recourante s'est amélioré sur le plan psychique, la Cour de céans n'est pas en mesure de déterminer si tel est également le cas sur le plan physique, l'expertise du Dr K_____ ne répondant pas aux critères jurisprudentiels en matière de valeur probante et l'aspect neurologique n'ayant pas été investigué. Au contraire, il apparaît que les cervicalgies, lombalgies et gonalgies, déjà diagnostiquées en 2001, étaient toujours présentes en 2009 et que le syndrome du tunnel carpien, qui semblait s'être amélioré, avait toutefois récidivé. Or, comme cela a été relevé ci-dessus (consid. 4b), pour examiner s'il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit généralement prendre en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision initiale ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. Par conséquent, dès lors que les rapports en mains de l'OAI en 2001 faisaient état d'une capacité de travail de 50% sans distinguer l'incapacité attribuable aux aspects somatiques de celle due aux aspects psychiques, il ne peut à l'évidence pas être considéré que l'incapacité de gain de 50% retenue en 2001 était uniquement due aux atteintes psychiques, ce dont le SMR était conscient comme cela ressort de sa note interne du 18 mai 2001 dans laquelle le Dr G_____ faisait état d'une appréciation globale de l'état de santé. Ainsi, tant que l'aspect somatique n'aura pas été instruit à satisfaction de droit, l'influence de l'état de santé de la recourante sur la capacité de gain au jour de la décision attaquée, soit en novembre 2009, ne peut être déterminée de manière suffisamment vraisemblable et la situation ne peut par conséquent être comparée à celle existant en octobre 2001. Partant, la Cour de céans considère qu'aucune modification de la situation de la recourante ayant concrètement des effets sur sa capacité de gain n'a été rendue vraisemblable de sorte qu'aucun motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA n'est donné.

A/4671/2009 - 18/20 -

E. 7

Reste encore à examiner si la décision du 12 octobre 2001 pouvait faire l'objet d'une reconsidération. Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c

p. 17, 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. 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. 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 initiale 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 (arrêts 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). Dans le cas d'espèce, si la recourante n'a certes fait l'objet d'aucun examen approfondi lors de l'octroi de la rente, cela ne suffit pas encore à faire apparaître la décision du 12 octobre 2001 comme certainement erronée. Si une telle instruction apparaît judiciaire a posteriori, il n'en demeure pas moins que l'autorité compétente disposait des rapports de plusieurs médecins, dont le médecin d'arrondissement de la SUVA, de sorte que l'instruction du cas sur le plan médical n'apparaît pas si lacunaire que l'on doive admettre rétroactivement que, sans expertise, l'administration n'était pas en mesure de se prononcer sur le droit de la recourante à une rente. Il n'existe ainsi aucun motif permettant de reconsidérer la décision initiale.

E. 8

Compte tenu des considérations qui précèdent, le recours du 23 décembre 2009, complété le 16 mars 2010, sera admis et la décision querellée annulée.

E. 9

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 1'000 fr. sera mis à la charge de l'intimé. Par ailleurs, la recourante

A/4671/2009 - 19/20 - représentée par un avocat jusqu'au 6 août 2009, obtenant gain de cause, une indemnité de 1'000 fr. lui est accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA).

A/4671/2009 - 20/20 - 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.