

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/542/2014

ATAS/1012/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 septembre 2014

5^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à VANDOEUVRES, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Claudio REALINI recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____, née en 1969, a effectué un apprentissage d'assistante dentaire de 1987 à 1989 avant d'être employée en cette qualité par la Clinique dentaire B_____ (ci-après l'employeur), à 100% de 1990 à 2001, puis à 50% dès le 1^{er} janvier 2002 suite à la naissance de son premier enfant.
2. Le 15 août 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI), indiquant souffrir de violentes et constantes douleurs dorsales depuis 10 ans. Elle a précisé avoir été opérée d'une hernie discale en 1996 et avoir une prothèse lombaire depuis 2002.
3. Le 23 octobre 2003, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en médecine interne, a répondu à différents questionnaires de l'OAI et retenu les diagnostics suivants, comme ayant des répercussions sur la capacité de travail : une cure de hernie discale L5-S1 en 1996, des discopathies dégénératives L5-S1 depuis 1998, une arthroplastie L5-S1 effectuée le 19 décembre 2002, ainsi que des lombalgies invalidantes. Elle a également fait état, à titre de diagnostics sans répercussion sur ladite capacité, de deux pertes de connaissance en octobre 1995, ainsi que d'un état dépressif réactionnel existant depuis 1999. L'état de santé était stationnaire et le traitement consistait en physiothérapie et prise quotidienne de Seropram et de Voltarène. La capacité de travail de l'assurée avait été nulle du 14 novembre 2002 au 21 mai 2003, puis partielle (50%) du 22 mai au 22 juin 2003, et était à nouveau nulle depuis le 30 juillet 2003. Le médecin-traitant a signalé des douleurs à la palpation de la région L5-S1, des contractures paravertébrales lombaires basses, une palpation douloureuse des moyens fessiers, et relaté de fréquents blocages obligeant l'assurée à rester souvent couchée. La capacité de travail de l'intéressée ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales, l'activité habituelle n'était plus exigible et une autre activité ne l'était « probablement » pas non plus. L'assurée ne pouvait pas travailler en position assise plus de deux heures par jour, ni en position debout, à genoux ou accroupie. Elle ne devait pas se baisser, travailler en hauteur, se déplacer plus de 500 mètres ou sur un sol irrégulier, ni lever, porter ou déplacer des charges, ou encore incliner le buste. Un absentéisme moyen à important était prévisible en raison de l'état de santé et une diminution du rendement était mentionnée.
4. La Dresse C_____ a joint plusieurs documents relatifs aux diagnostics susmentionnés, desquels il ressort que l'assurée avait consulté des spécialistes en neurologie en 1995 en raison de ses pertes de connaissance. Elle se plaignait alors de vertiges, de céphalées et de troubles sensitifs de l'hémicorps gauche. Aucune anomalie significative n'avait été décelée, seule était mise en évidence une amblyopie profonde de l'œil gauche consécutive à un strabisme convergent congénital ayant été opéré à deux reprises (rapport de la clinique et policlinique d'ophtalmologie des Hôpitaux universitaires de Genève [ci-après HUG] du 15 septembre 1995). Une forte instabilité oculaire (rapport de la clinique et policlinique d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale des HUG du

1^{er} septembre 1995) et une baisse de l'acuité visuelle (rapport de la clinique et policlinique de neurologie des HUG du 6 septembre 1995) étaient également mentionnées.

5. Le 17 février 2004, l'OAI a accordé à l'assurée une orientation professionnelle destinée à déterminer les possibilités d'une réinsertion professionnelle.
6. L'OAI a rendu son rapport de réadaptation le 19 mai 2004 et rappelé qu'après de nombreuses interruptions de travail depuis l'année 2000, l'assurée était en incapacité totale depuis le mois d'août 2003. Procédant à une évaluation du degré d'invalidité, l'OAI a retenu, pour 2003, un salaire sans invalidité de CHF 35'083.- conformément aux informations communiquées par l'employeur, et un revenu avec invalidité de CHF 10'905.-. Ce montant correspondait au revenu d'une activité simple et répétitive exercée à 25%, taux maximal d'exigibilité au vu des éléments médicaux, auquel était appliquée une réduction de 10% pour tenir notamment compte des limitations fonctionnelles et du taux d'occupation. Il en résultait une perte de gain de CHF 24'178.- correspondant à un degré d'invalidité de 69%. Dans ces conditions, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées car elles ne permettraient que difficilement à l'assurée de restaurer sa capacité de gain.
7. Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 20 septembre 2004. Selon le rapport y relatif, l'assurée ne subissait aucun empêchement pour la conduite du ménage (planification, organisation, répartition du travail, contrôle), ni pour préparer les repas ou nettoyer la cuisine, ni encore pour s'occuper de son enfant. En revanche, concernant l'entretien du logement, un empêchement de 30% était retenu car l'assurée avait besoin de l'aide de son mari, lequel changeait la literie, et les gros travaux (aspirateur, vitres, sols) étaient confiés à une femme de ménage à raison de quatre heures toutes les deux semaines. Pour les emplettes et les courses diverses, un empêchement de 30% était également admis car l'intéressée devait se déplacer en voiture pour faire les petites courses, même si les commerces étaient à proximité, et les courses importantes étaient effectuées par son époux. Un empêchement de 15% était également retenu s'agissant de la lessive et de l'entretien des vêtements, l'assurée repassant en position assise, donnant à sa mère les habits à raccommoder, et son mari se chargeant de porter le panier à linge. Enfin, un empêchement de 30% était admis à titre divers, étant notamment relevé que l'assurée ne pouvait pas s'occuper de ses plantes ni exercer la moindre activité physique. L'enquêteur a mentionné que l'assurée devait certes adapter sa journée en fonction de son problème de dos, mais a fait état de certaines incohérences dans les propos des époux et remarqué que l'assurée, enceinte, avait pu mener à terme une première grossesse sans souffrir davantage du dos et que la grossesse actuelle se déroulait bien. En conclusion, était retenu un empêchement pour la tenue du ménage de l'ordre de 18%, ce qui correspondait à un degré d'invalidité de 9% pour le ménage, l'assurée travaillant à temps partiel.
8. Par décision du 23 novembre 2004, l'OAI a octroyé à l'assurée une demi-rente à compter du 30 juillet 2004. Il a retenu un revenu sans invalidité de CHF 70'166.-,

(revenu annuel réactualisé d'assistante dentaire à plein temps), et un salaire avec invalidité de CHF 10'905.- (revenu d'ouvrière dans l'industrie légère à 25%), de sorte que la perte de gain s'élevait à CHF 59'261.-, soit 84%. Le degré d'invalidité était de 42% pour l'activité professionnelle (84% x 50%) et de 9% pour le ménage (18% x 50%), soit un total de 51%.

9. Le 20 octobre 2007, dans le cadre d'une procédure de révision de la rente, l'assurée a signalé que son état de santé s'était aggravé depuis le mois de juin 2005, qu'elle souffrait de la maladie de Basedow et qu'une hospitalisation était prévue en novembre 2007. Elle a également mentionné qu'une femme de ménage lui était désormais indispensable.
10. Par rapport du 20 décembre 2007, le Dr D_____, chef de clinique à l'unité d'endocrinologie des HUG, a diagnostiqué une hypothyroïdie franche sur une maladie de Basedow récidivante. Il a expliqué que la maladie de Basedow, mise en évidence en 2005 au cours de la seconde grossesse de l'assurée, avait été traitée par des antithyroïdiens durant quelques mois avant d'entrer en rémission. Au cours de l'été 2007, une récurrence de l'hyperthyroïdie avait été objectivée et traitée médicalement. L'assurée avait été hospitalisée du 10 au 15 décembre 2007 dans l'unité de curiethérapie du service d'endocrinologie où lui avait été administrée une dose d'iode 131.
11. Répondant à un questionnaire de l'OAI le 4 février 2008, la Dresse C_____ a relevé que l'intéressée, dont l'état de santé s'était aggravé durant sa seconde grossesse, était très limitée dans ses activités quotidiennes. Sa capacité de travail était nulle dans toute activité depuis le 30 juillet 2003.
12. Par communication du 16 avril 2008, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il considérait que son degré d'invalidité n'avait pas varié au point d'influencer son droit à la rente. A cet égard, l'OAI se basait sur l'avis du Dr E_____, médecin-conseil auprès de son Service médical régional (ci-après SMR), lequel estimait que la situation était inchangée puisque la maladie de Basedow était traitable et ne justifiait pas une incapacité de travail de longue durée.
13. En date du 1^{er} juin 2009, l'assurée a derechef rempli le formulaire pour la révision de sa rente et mentionné beaucoup de fatigue, des blocages, des douleurs lombaires et un état dépressif. Elle a précisé avoir besoin d'une femme de ménage à raison de six heures par semaine et être aidée par sa famille pour la tenue du ménage.
14. Par rapport du 25 août 2009, le Dr F_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a relaté que l'assurée se plaignait d'une recrudescence des douleurs lombaires, ainsi que de douleurs cervicales engendrant des céphalées. A l'examen clinique, la mobilité lombaire était bonne, mais elle provoquait des douleurs dans les postures extrêmes. Au niveau cervical, ce médecin a constaté une importante contracture de la musculature. Des radiographies de contrôle et la mise sous Fortecortin pendant neuf jours étaient préconisées, avant une nouvelle réévaluation.

15. Le 26 août 2009, la Dresse G_____, spécialiste FMH en médecine interne, endocrinologie et diabétologie, a indiqué que l'assurée avait subi une ablation de la thyroïde par radio-iode en juillet 2007 et que l'évolution avait été excellente. L'intéressée ne présentait aucune diminution de ses capacités physiques.
16. Selon un nouveau rapport du 17 septembre 2009 du Dr F_____, la mise sous Fortecortin avait bien amélioré la situation, mais au prix d'effets secondaires difficilement compatibles avec une vie normale. Le bilan radiologique réalisé le 15 septembre 2009 montrait que la prothèse était en place et fonctionnelle. Il n'y avait pas de dégénérescence claire des segments adjacents, seule une discrète scoliose sus-jacente était observée. Il suggérait la reprise de la physiothérapie.
17. La Dresse C_____ a répondu le 26 octobre 2009 à l'OAI que l'état de santé de l'assurée était stationnaire depuis le mois de décembre 2002 et que le dernier épisode aigu des lombalgies et sciatalgies remontait au mois d'août 2009. Les stations debout et en avant étaient impossibles et l'assurée devait pouvoir changer de position. Une activité sans port de charge et en position assise pourrait éventuellement être envisagée, mais un examen médical complémentaire était nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail.
18. Mandatée par l'OAI, la Clinique romande de réadaptation (CRR) a rendu son rapport d'expertise le 4 novembre 2010, dont les conclusions sont basées sur une anamnèse et un examen clinique réalisés le 20 juillet 2010 par le Dr H_____, spécialiste FMH en médecine physique, réadaptation et rhumatologie, une expertise psychiatrique effectuée le 21 juillet 2010 par la Dresse I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, un examen neurologique mené le 21 juillet 2010 par le Dr J_____, spécialiste FMH en neurologie, l'évaluation des capacités fonctionnelles du 21 juillet 2010 par Madame K_____, ainsi que l'évaluation en atelier professionnel de Monsieur L_____. Dans leur appréciation consensuelle du cas, les experts ont conclu que le status rachidien actuel ne montrait pas d'autre anomalie objective que celles rapportées en 2003 et que l'examen neurologique était normal. Les radiographies actuelles mettaient en évidence de discrets troubles statiques et dégénératifs sans signification clinique et le Ct-scan lombaire du 25 novembre 2008 montrait un discret bombement circonférentiel L4-L5 qui était une anomalie banale. En définitive, l'atteinte lombaire ne s'était pas aggravée depuis l'arthroplastie L5-S1 réalisée en décembre 2002. S'agissant des cervicalgies, lesquelles étaient accompagnées de céphalées, de dysesthésies et de sensations vertigineuses, elles étaient déjà présentes en 1995. L'examen neurologique était normal et l'IRM du 2 juin 2010 révélait des troubles dégénératifs peu importants C4-C5 et C5-C6, ainsi qu'une petite hernie discale C5-C6. Les experts ont souligné la discordance entre l'intensité des plaintes alléguées et l'absence d'anomalie objective reproductible au status. Il n'y avait pas d'atteinte à la santé objective cervicale pouvant justifier une incapacité de travail. Ni les céphalées de tension, ni les sensations vertigineuses ne

justifiaient la reconnaissance d'une incapacité de travail. Sur le plan psychiatrique, le trouble anxieux et dépressif mixte de degré léger à moyen, ainsi que le trouble mixte de la personnalité ne justifiaient pas de diminution de la capacité de travail. En conclusion, la seule atteinte à la santé qui avait une répercussion durable sur ladite capacité était l'atteinte lombaire. Cette dernière était stable depuis l'intervention du 19 décembre 2002. Le dos, opéré à deux reprises, restait douloureux malgré les mesures médicales proposées, et il était peu probable qu'une troisième opération améliore la situation ou que les douleurs lombaires disparaissent au cours des prochaines années. L'atteinte lombaire justifiait la reconnaissance des limitations fonctionnelles suivantes : l'assurée devait éviter de maintenir la position assise durant plus de 90 minutes consécutives, elle ne pouvait porter fréquemment que des charges jusqu'à 5 kg, porter qu'occasionnellement des charges entre 5 kg et 7,5 kg, et que rarement des charges entre 7,5 kg et 10 kg. Elle devait également éviter les flexions et torsions répétées du tronc, ainsi que le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, le maintien prolongé de la position accroupie ou à genoux le tronc penché en avant. La douleur rachidienne ne permettait plus l'accomplissement du travail d'assistante dentaire depuis le 30 juillet 2003, mais dans une activité adaptée respectant les restrictions précitées, la capacité de travail était de 50 % depuis cette date. Le mal de dos justifiait des pauses de 5 à 10 minutes après chaque heure de travail, de sorte que le rendement était diminué de 20 %, ce qui impliquait une présence de l'assurée un peu supérieure à la demi-journée sur sa place de travail pour que sa capacité atteigne les 50%.

19. Le 10 janvier 2011, le Dr M_____ a conclu, après l'examen de l'expertise de la CRR, qu'une révision n'était pas nécessaire.
20. En date du 7 octobre 2013, l'OAI a informé l'assurée de son intention de reconsidérer sa précédente décision manifestement erronée. Il a exposé que le SMR était d'avis que l'état de santé de l'assurée était globalement le même que celui qui prévalait en 2004 et qu'à cette époque, il avait estimé la capacité de travail à 25%. Désormais, il considérait que ladite capacité était de 50% dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 20%, et ce depuis 2003. Il s'agissait d'une autre appréciation d'un état de santé et d'une capacité de travail qui étaient, dans l'essentiel, restés identiques, de sorte que l'OAI retenait, à l'avantage de l'assurée, la capacité de travail résiduelle évaluée en 2004. Après comparaison des revenus sans invalidité, soit un salaire annuel de CHF 35'083.-, et avec invalidité, à savoir un montant de CHF 10'905.-, la perte de gain s'élevait à CHF 24'178.-, soit 69%. L'assurée travaillant à temps partiel, le degré d'invalidité pour les activités d'assistante dentaire était de 34,5% (69% x 50%) et celui pour les tâches ménagères de 9% (18% x 50%), conformément à l'enquête menée en 2004. Il en résultait donc un degré d'invalidité total de 44%, de sorte que la demi-rente serait remplacée par un quart de rente. En outre, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées et

ne se justifiaient pas, étant précisé qu'il existait un éventail suffisamment varié d'activités non qualifiées immédiatement accessibles à l'assurée.

21. Dans un rapport du 21 octobre 2013, la Dresse N_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, a constaté que l'assurée avait une bonne vision de l'œil droit corrigée, avec cependant un nystagmus résiduel qui empêchait une fixation correcte, une amblyopie profonde de l'œil gauche et qu'elle n'avait pas de vision binoculaire. Son trouble rétractif et sa vision monoculaire engendraient une fatigue oculaire importante.
22. Par courrier du 27 octobre 2013, l'assurée a manifesté son désaccord avec le projet de décision précité, invoquant que son état de santé s'était péjoré.
23. Le 19 décembre 2013, le Dr O_____, chef de clinique au service de neurochirurgie des HUG, a rendu un rapport suite à une IRM cervicale. Il a diagnostiqué un lumbago intermittent et des sciatalgies 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. Il a suggéré un traitement conservateur avec de la physiothérapie et de la natation pour essayer de redresser la colonne cervicale, une infiltration facettaire diagnostique et thérapeutique si le problème lombaire persistait ou s'aggravait. Il a également noté que l'assurée présentait une légère scoliose lombaire convexe gauche qu'il fallait suivre pour éviter une péjoration.
24. Par décision du 23 janvier 2014, l'OAI a annulé et remplacé sa décision du 23 novembre 2004 et réduit la demi-rente à un quart de rente.
25. Le 27 janvier 2014, l'OAI a reçu un rapport transmis par l'assurée et daté du 16 janvier 2014, aux termes duquel la Dresse P_____, spécialiste FMH en médecine interne, signalait que l'intéressée souffrait notamment de la maladie de Basedow depuis 2005, avait été victime d'un traumatisme cranio-cervical, accompagné de céphalées de tension en mars 2010, et qu'elle présentait des discopathies protrusives C5-C6 médio-latérales droites, sans conflit radiculaire ou médullaire, une protrusion paramédiane L5-S1 droite et une hernie discale L5-S1. La Dresse P_____ a ajouté que l'assurée avait bénéficié d'une consultation de neurochirurgie et d'une IRM en décembre 2013, examen qui avaient permis de confirmer les pathologies rachidiennes présentes depuis de nombreuses années.
26. En date du 6 mars 2014, l'OAI a rendu une décision identique à celle du 23 janvier 2014, valable à partir du 1^{er} mai 2014.
27. Par actes des 21 février et 31 mars 2014, l'assurée, par l'intermédiaire d'un conseil, a interjeté recours contre les décisions de l'OAI des 23 janvier et 6 mars 2014, auxquels ont été attribués les numéros de cause A/542/2014 et A/936/2014. Elle a conclu, sous suite de dépens, préalablement, à l'ouverture d'enquêtes, et principalement, à l'annulation des décisions attaquées et à ce qu'il lui soit reconnu un droit à une demi-rente. Elle a en substance invoqué que son état de santé s'était considérablement péjoré et a donc contesté tout changement notable de son taux

d'invalidité permettant une révision de la rente en sa défaveur. Ses douleurs dorsales étaient toujours présentes et s'y ajoutaient une importante perte de l'acuité visuelle de son œil gauche, ainsi que la maladie de Basedow dont elle avait été atteinte après la première décision, laquelle la contraignait à prendre des médicaments quotidiennement et à vie, avec un suivi médical régulier. Elle a en outre soutenu avoir toujours autant besoin de l'aide de tiers dans sa vie courante et être incapable de fournir certains efforts.

28. Dans ses réponses des 24 mars et 5 mai 2014, l'intimé a conclu au rejet des recours, au motif que sa décision de 2004 avait été rendue sur la base d'une évaluation de l'invalidité contraire au droit et était manifestement erronée. En effet, ladite décision était fondée sur un salaire sans invalidité correspondant à un travail à 100% au lieu de 50%, ce dernier taux correspondant au taux d'activité réel de la recourante. En procédant à une analyse correcte de la situation, le degré d'invalidité était de 44%.
29. Par réplique du 17 avril 2014, la recourante a persisté dans ses conclusions et maintenu que son état de santé s'était aggravé depuis la décision initiale du 23 novembre 2004, de sorte que les conditions de la reconsidération ne seraient pas réalisées. Elle a fait grief à l'intimé de ne pas avoir procédé à une réévaluation de son état de santé, ainsi que du taux d'invalidité et de son droit à la rente. Elle a soutenu que sa capacité de travail était nulle dans toute activité et que sa perte de gain était de 100%, ce qui engendrait un degré d'invalidité de 59% au minimum, l'empêchement dans son activité de ménagère restant à vérifier.
30. En date du 12 mai 2014, l'intimé a également persisté dans ses conclusions.
31. Par ordonnance du 13 mai 2014, la chambre de céans a joint les causes A/542/2014 et A/936/2014, sous le numéro de cause A/542/2014.
32. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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 1^{er} 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.
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.
3. Le litige porte sur le maintien du droit de la recourante au versement d'une demi-rente d'invalidité.

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 9 janvier 2008 consid. 5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). De jurisprudence constante, une appréciation médicale différente ultérieure ne suffit pas pour faire apparaître comme manifestement erronée une décision initiale (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 512/05 du 3 mai 2006 consid. 4.2).

c. 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 les faits et 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_74/2008 du 17 juillet 2008 consid. 2).

5. En l'occurrence, l'intimé justifie la reconsidération de sa décision initiale par une erreur dans le calcul du degré d'invalidité.

6. L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 aLAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et art. 28 al. 2 LAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008).
7. Conformément à l'art. 28a al. 3 LAI, pour les personnes qui exercent partiellement une activité lucrative et se consacrent en outre à leurs travaux habituels, tel que le ménage, il sied d'appliquer la méthode mixte pour établir le degré d'invalidité. La perte de gain dans l'activité lucrative évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).
8. En l'espèce, la recourante a réduit son taux d'activité suite à la naissance de son premier enfant et elle a ainsi travaillé à 50% dès le 1^{er} janvier 2002, soit avant même de déposer une demande de prestations auprès de l'intimé. L'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité et la proportion respective entre les activités lucrative et ménagère ne sont pas contestées.

Compte tenu du statut mixte de la recourante, l'intimé a tout d'abord calculé son taux d'invalidité dans l'activité professionnelle. Sur la base des indications communiquées par l'employeur, à savoir que le salaire annuel de la recourante en sa qualité d'assistante dentaire était de CHF 35'083.- en 2003, l'intimé a retenu, à titre de revenu sans invalidité, un montant de CHF 70'166.-, soit un montant correspondant à un salaire annuel à plein temps (CHF 35'083.- x 2). Compte tenu du revenu d'invalide de CHF 10'905.-, soit celui d'une ouvrière dans l'industrie légère à 25%, la perte de gain s'élevait à 84% et le degré d'invalidité dans l'activité professionnelle à 42% (84% x 50%).

Dans un second temps, l'intimé a déterminé le degré d'invalidité dans le ménage. Compte tenu de l'empêchement de 18% établi par l'enquête ménagère, il a fixé le degré d'invalidité à 9% pour ce poste (18% x 50%).

Après addition des degrés d'invalidité dans l'activité lucrative et dans le ménage, le degré d'invalidité total se montait à 51%.

Force est donc de constater que l'intimé a commis une erreur manifeste de calcul puisqu'il aurait dû retenir un salaire de valide de CHF 35'083.-, la recourante ne

travaillant qu'à 50%. La perte de gain aurait alors dû être fixée à CHF 24'178.- (CHF 35'083.- - CHF 10'905.-), soit à 69%. Le degré d'invalidité dans l'activité professionnelle était de 34,5% (69% x 50%) et le degré d'invalidité total de 44% (34,5% + 9%).

L'octroi d'une demi-rente d'invalidité en 2004 était donc manifestement erroné, de sorte que l'intimé est en principe en droit de reconsidérer sa décision initiale, si l'état de santé n'a pas changé, ce dont la recourante se prévaut précisément.

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

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).

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).
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'exams 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

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 sciatalgies 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

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 1^{er}, 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).

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.
13. Les recours seront donc rejetés.
14. Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare les recours recevables.

Au fond :

2. Les rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- 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; RS 173.110); 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

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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