

# **GE\_GERICHTE ATAS/1221/2009 vom 28. September 2009**

GE Cour de justice, 2009-09-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1221\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1221_2009)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1221/2009 du 28 septembre 2009

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1221/2009 del 28 settembre 2009

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a) La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b) La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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).

A/4336/2008 - 7/17 - En l'espèce, la décision attaquée, qui reconsidère celle du 15 octobre 2003, a été prononcée le 29 octobre 2008. La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

### **E. 2**

a) Le 1er juillet 2006, sont entrées en vigueur les nouvelles dispositions relatives aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptées le 16 décembre 2005. Celles-ci ont eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a alinéa 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision. b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 23 septembre 2008, qui a été confirmé par la décision du 29 octobre 2008, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 10 décembre 2008. c) Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

### **E. 3**

L'objet du litige porte sur le bien-fondé de la décision de suppression de la rente d'invalidité de la recourante.

#### **E. 4**

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA).

#### **E. 5**

a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.». Selon la lettre f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à

A/4336/2008 - 8/17 - 662/3 % continuent d'être versées, après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales, à tous les rentiers qui, à ce moment là, ont atteint l'âge de 50 ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70 % font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a).

#### **E. 6**

a) Selon l'art. 17 LPGGA, 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. 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 LPGGA. 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.5 p. 349, 113 V 273 consid. 1a p. 275; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372 et 387 consid. 1b p. 390). 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 dernière décision entrée en force reposant 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 et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108). b) 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

A/4336/2008 - 9/17 - 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 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 (« zweifellos unrichtig »), 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. 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 antérieure 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 un ATFA non publié du 13 août 2003, en la cause I 790/01, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a jugé que l'office de l'assurance-invalidité, qui disposait d'avis médicaux contradictoires, avait pris une décision d'octroi de rente manifestement erronée. L'administration s'était contentée de statuer à la lumière de l'appréciation d'un des médecins, alors qu'il lui eut préalablement incombé d'élucider la divergence entre les deux certificats médicaux en ordonnant une expertise médicale. Ainsi, le dossier avait été insuffisamment instruit et la décision découlant de cette instruction lacunaire apparaissait manifestement erronée. Dans un ATFA non publié du 4 juillet 2003, en la cause I 703/02, le TFA a estimé que l'office de l'assurance-invalidité, en présence d'un seul avis médical émanant du médecin traitant, avait certes procédé à une instruction lacunaire, mais sa décision, basée sur un rapport médical clair, n'apparaissait pas manifestement erronée. Le TFA a notamment relevé : « Comme le seul avis médical au dossier émane du médecin traitant de S., il aurait sans doute été opportun de soumettre le prénommé, au terme de son stage de réadaptation, à un examen médical circonstancié auprès d'un médecin indépendant. L'office de l'assurance-invalidité y a renoncé, sans que l'on puisse toutefois considérer que l'instruction menée était lacunaire à tel point qu'il n'ait pas satisfait à ses obligations légales en la matière (art. 57 LAI et 69 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Or, s'il apparaît ultérieurement, à la suite d'une nouvelle analyse de la situation, que l'appréciation médicale du cas à l'époque était critiquable, cela ne

A/4336/2008 - 10/17 - rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement erronée ». c) S'agissant en particulier de la problématique des troubles somatoformes douloureux, la jurisprudence les concernant (ATF 130 V 352) ne saurait constituer un motif de reconsidération de la décision de rente (SVR 2008 IV n° 5 p. 12, I 138/07 consid. 4), pas plus qu'elle ne justifie, au titre d'une adaptation à un changement des fondements juridiques, de réduire ou de supprimer des rentes en cours, qui ont été allouées par le passé à des assurés souffrant de troubles somatoformes douloureux (ATF 135 V 215).

#### **E. 7**

a) 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). 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 LPG), 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Lorsque, 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

A/4336/2008 - 11/17 - 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 353 consid. 3b/bb). 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 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. Etant 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).

d) Le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

e) En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

f) 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; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e

A/4336/2008 - 12/17 - éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). 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 et l'arrêt cité).

## **E. 8**

a) Le Tribunal fédéral des assurances s'est déjà prononcé dans l'ATF 102 V 165 sur l'effet invalidant d'une atteinte à la santé psychique. Comme il l'a retenu à l'époque, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté pour accomplir son travail dans une mesure suffisante ne sont pas considérées comme déterminantes du point de vue du droit de l'assurance- invalidité. La mesure de ce qui est nécessaire (respectivement exigible) doit cependant être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son atteinte à la santé psychique, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou - comme condition alternative - qu'elle est même insupportable pour la

société (ATF 102 V 166 s.). Au cours d'une évolution débutée dans les années nonante, les troubles somatoformes douloureux ont nettement pris de l'importance. En tant que tel, le diagnostic correspondant - en particulier aussi celui de syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10: F45.4) - ne dit rien encore quant à la capacité de travail de l'assuré (cf. ATF 130 V 396 consid. 6.2.3 p. 402, et les références). La doctrine psychiatrique en Allemagne a toutefois développé des critères pour poser un pronostic. La doctrine a introduit ces critères en droit suisse (Hans-Jakob Mosimann, Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, RSAS 1999 p. 1 ss et 105 ss) et le Tribunal fédéral des assurances les a repris par la suite (arrêt I 554/98 du 19 janvier 2000, dont des extraits ont été publiés dans VSI 2000 p. 152 consid. 2c p. 154 s.). Cette jurisprudence, qui ne constitue pas un revirement de fond quant aux principes posés dans l'ATF 102 V 165, mais une application de ceux-ci au diagnostic de "troubles somatoformes douloureux", a également été reprise par la pratique administrative. Dans la Lettre circulaire AI n° 180 du 27 mai 2003 (n. 1018 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité [CIIAI], valable à partir du 1er juillet 2003), l'OFAS a indiqué que: "les 'douleurs somatoformes', en particulier, n'ont pas de conséquences pour la capacité de travail si elles ne s'accompagnent pas d'une comorbidité psychiatrique; dans ces cas, on peut donc raisonnablement exiger un effort de volonté pour utiliser la capacité de travail. Le plus important est d'apprécier, sur la

A/4336/2008 - 13/17 - base de constatations objectives, si l'incapacité de travail de la personne assurée est totale ou partielle". Dans l'arrêt ATF 130 V 352 rendu le 12 mars 2004, le Tribunal fédéral des assurances a également repris les "critères de Foerster" (en se référant à Ulrich Meyer-Blaser, Arbeitsunfähigkeit [Art. 6 ATSG], in Schaffhauser/Schlauri [édit.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, 2003, p. 27 ss, 80 ss), mais en a décrit plus précisément la signification et l'application pour l'évaluation du droit à des prestations de l'assurance-invalidité (cf. en particulier ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 p. 354 s.). En particulier, les médecins chargés d'une expertise et les organes d'application du droit ont été invités à examiner la capacité de travail dans chaque cas individuel au regard de critères déterminés, afin de garantir une appréciation de la capacité de travail plus uniforme et, de ce fait, plus conforme au principe de l'égalité de traitement (ATF 135 V 215). b) Ainsi, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes

les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté

A/4336/2008 - 14/17 - (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret. Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster).

## **E. 9**

a) En l'espèce, il convient tout d'abord d'examiner si la reconsidération par l'intimé de sa décision initiale de rente est fondée. S'agissant du droit applicable, l'arrêt publié aux ATF 130 V 352 du 12 mars 2004 précisant la jurisprudence en matière de trouble somatoforme douloureux et en particulier les critères de Foerster (cf. consid. 8 supra), n'avait pas encore été rendu à la date de la décision de rente, soit le 15 octobre 2003. En revanche, à cette date, le Tribunal fédéral avait déjà publié sa jurisprudence sur l'effet invalidant d'une atteinte à la santé psychique (ATF 102 V 165) ainsi que celle appliquant les principes de cet arrêt au diagnostic de trouble somatoforme douloureux (VSI 2000 p. 152), de même que l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) avait publié la lettre circulaire AI n° 180 du 27 mai 2003 précitée (consid. 8 supra).

En conséquence, c'est cette dernière jurisprudence qu'il convient d'appliquer afin de déterminer si les conditions d'une reconsidération sont en l'espèce données, puisqu'un motif de reconsidération n'entre en ligne de compte que si la décision initiale apparaît manifestement erronée à la lumière des exigences valables à l'époque de son prononcé (cf. ATF du 23 novembre 2007, I 901/06), étant précisé que l'ATF 130 V 352, posant des critères plus restrictifs pour l'évaluation du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux (le Tribunal fédéral a d'ailleurs jugé que l'arrêt de principe du 12 mars 2004 n'a pas fait que reprendre la jurisprudence antérieure - ATF du 23 novembre 2007 précité) n'est pas applicable.

A/4336/2008 - 15/17 -

Dans le cas d'espèce, la décision de rente du 15 octobre 2003 a été rendue à la suite d'une instruction médicale menée par l'intimé, lequel a obtenu un rapport médical du médecin-traitant, le Dr L \_\_\_\_\_ le 14 mai 2002 concluant à une incapacité de travail totale depuis le 4 décembre 2000 et définitive, en raison de problèmes lombaires, avis confirmant celui du Dr N \_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'employeur. Par ailleurs, le Dr M \_\_\_\_\_, neurochirurgien, avait posé le diagnostic de lombalgies sur trouble statiques avec une composante d'instabilité débutante. Le SMR a posé un diagnostic de trouble somatoforme douloureux le 25 avril 2003 et l'intimé a ordonné une expertise psychiatrique concluant, selon le Dr P \_\_\_\_\_, le 18 août 2003, à une incapacité de travail totale, tout en précisant que la situation devait être revue dans un délai d'un an, une psychothérapie devant pouvoir améliorer l'état de santé.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans constate que l'intimé a mené une instruction médicale approfondie en requérant les avis médicaux des médecins- traitants, celui du SMR et en ordonnant une expertise psychiatrique. Au demeurant, la décision de rente est fondée sur l'avis médical clair de l'expert psychiatre, lequel, au vu des diagnostics posés, a écarté toute capacité de travail de la recourante. Il y a ainsi lieu de constater que l'intimé n'a pas fait un usage manifestement erroné de son pouvoir d'appréciation en retenant que la recourante souffrait, à l'époque, d'une atteinte à sa santé psychique ayant comme conséquence que la mise à profit de sa capacité de travail ne pouvait pratiquement plus être raisonnablement exigée d'elle (ATF 120 V 165).

Partant, c'est à tort que la décision initiale de rente a été reconsidérée par l'intimé au motif qu'elle était manifestement erronée.

b) Il convient encore d'examiner si le résultat auquel parvient l'intimé, soit la suppression de la rente de la recourante, pourrait être justifié en raison d'un motif de révision (art. 17 LPGA), le juge pouvant procéder par substitution de motifs (ATF 125 V 369). A cet égard, il convient préalablement de mentionner que le droit d'être entendu, tel qu'il est garanti par l'art. 29 al. 2 cst, doit notamment être reconnu et respecté lorsque le juge envisage de fonder sa décision sur une norme ou un motif juridique non évoqué dans la procédure antérieure et dont aucune des parties en présence ne s'est prévaluée et ne pouvait supputer la pertinence dans le cas particulier (ATF 128 V 272).

En l'espèce, un motif de révision a bien été évoqué par les parties antérieurement dès lors que l'intimé a requis le 14 avril 2009 la suspension de la procédure aux fins d'un examen rhumato-psychiatrique de la recourante au SMR et que celle-ci s'est prononcée sur cette requête dans une écriture du 26 mai 2009. Le droit d'être entendu des parties est ainsi respecté.

A/4336/2008 - 16/17 -

Il ressort des avis médicaux au dossier que l'expert psychiatre avait estimé que l'état de santé de la recourante devait être réexaminé dans un délai d'une année, un traitement pouvant améliorer la situation. Un tel suivi a apparemment été pratiqué uniquement pendant quelques mois par l'expert lui-même. Une nouvelle évaluation n'a cependant pas été effectuée dans le délai proposé. Lors de son audition par devant le Tribunal de céans, le Dr L \_\_\_\_\_ a considéré que l'état de santé de la recourante était resté stationnaire et allait probablement vers une aggravation, en précisant que les douleurs lombaires

constituaient l'élément essentiel de l'incapacité de travail, avec trouble somatoforme douloureux, mais que l'état dépressif n'avait pas d'influence sur celle-ci. Quant à la recourante, elle a fait valoir une aggravation de son état de santé par l'apparition d'une hernie discale en janvier 2006, en produisant une IRM du 4 mars 2009. Il ressort de ce qui précède que l'état de santé de la recourante semble s'être amélioré du point de vue psychiatrique (état dépressif) mais péjoré du point de vue somatique (hernie discale), de telle sorte que c'est avec raison que l'intimé a estimé qu'une instruction complémentaire était nécessaire, afin de déterminer avec certitude la capacité de travail de la recourante. Compte tenu du fait qu'une instruction n'a pas été effectuée du tout par l'intimé, lequel a invoqué à tort un unique motif de reconsidération de sa décision de rente pour supprimer celle-ci (consid. 9a supra), il se justifie d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire par le biais d'une expertise psychiatrique et d'une expertise rhumatologique, confiées à des experts indépendants, ceci pour répondre aux préoccupations de la recourante, et nouvelle décision.

#### **E. 10**

a) Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, au sens des considérants.

b) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

Un émolument de 500 fr. sera ainsi mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

La décision de suppression de la rente étant annulée, le versement de celle-ci devra être repris. Il se justifie d'allouer à la recourante, qui obtient partiellement gain de cause, une indemnité de 1'500 fr., à charge de l'intimé.

A/4336/2008 - 17/17 -

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