

GE_GERICHTE A/3213/2007 vom 28. November 2008

GE Cour de justice, 2008-11-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3213_2007

FR: GE_GERICHTE A/3213/2007 du 28 novembre 2008

IT: GE_GERICHTE A/3213/2007 del 28 novembre 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 28.11.2008
A/3213/2007

A/3213/2007 ATAS/1406/2008 du 28.11.2008 (AI) , ADMIS En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3213/2007
ATAS/1406/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES
SOCIALES Chambre 3 du 28 novembre 2008 En la cause Madame S _____,
domiciliée à ONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marlyse
CORDONIER recourante contre OFFICE CANTONAL DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Madame
S _____ (ci-après : l'assurée), née en 1959 et de nationalité portugaise, a travaillé en
tant que vendeuse au rayon boucherie de X _____-GENÈVE à compter du 30 janvier
1995 à raison de 41 h./sem. pour un salaire de 3'080 fr. versé 12 fois par an. En parallèle,
elle travaillait également comme nettoyeuse dans une régie à raison de cinq h./sem. Le 15
juin 1998, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de
l'assurance-invalidité (OCAI) en invoquant une fibromyalgie présente depuis le 6 mars
1997 et une incapacité de travail entière depuis le 13 mars 1996. Dans un rapport d'expertise
du 23 novembre 1998 établi sur demande de l'assurance perte de gain en cas de maladie, le
Dr L _____, rhumatologue, a diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux
persistant sous la forme d'un syndrome fibromyalgique. Il a relaté que l'assurée se plaignait
notamment de douleurs musculo-squelettiques généralisées, peu spécifiques et constantes;
tous les gestes de la vie quotidienne étaient décrits comme pénibles et douloureux; la
maladie était vécue comme une cassure. L'expert a avancé l'hypothèse de traits de
personnalité dépendants avec un fonctionnement "surmoïque" décompensé et d'une
régression psychosomatique. Il a relevé la présence d'un héli-syndrome déficitaire
non-organique pouvant correspondre à des manifestations de type hystérique. En
conclusion, il fallait selon lui comprendre la recrudescence des douleurs musculaires
comme une protestation et comme l'expression d'un surmenage physique auto-induit; la
pathologie rhumatologique ne constituait qu'un écran destiné à protéger l'intéressée d'une
prise de conscience douloureuse de son histoire personnelle. Pour éviter l'invalidation
définitive, le médecin préconisait de mettre sur pied un traitement psychothérapeutique. Il
estimait que, médicalement parlant, rien ne s'opposait à la reprise de l'activité de vendeuse à
50 % dès la date de l'expertise à condition d'éviter le port de lourdes charges. Dans un
rapport du 2 juin 1999, le Dr M _____, rhumatologue, a considéré que la patiente
souffrait d'une fibromyalgie étant donné qu'elle présentait 16 points douloureux selon
Smythe, n'avait pas de syndrome inflammatoire et souffrait de troubles du sommeil. Il a
précisé qu'un patient souffrant de fibromyalgie pouvait travailler à 50 % ou même à 100 %
mais que chaque cas devait être replacé dans son contexte. A son avis, l'assurée devait
bénéficier d'un arrêt de travail à 100 % en raison tant de sa fibromyalgie que de son état

dépressif. Le 18 juin 1999, le Dr N _____, médecin-conseil de l'OCAI, a recommandé une expertise psychiatrique. Dans son rapport d'expertise du 12 juillet 2000, le Dr O _____, psychiatre et psychothérapeute, a diagnostiqué une personnalité émotionnellement labile de type borderline et un état dépressif moyen (F32.1). Ce diagnostic psychiatrique entraînait à lui seul une invalidité à 50 %; l'incapacité due aux troubles somatiques était à rajouter à ces premiers 50 %. Eu égard à l'absence de formation de l'assurée et à ses incapacités de travail d'un point de vue rhumatologique et psychique, l'incapacité était de 100 % et ne permettait pas une réadaptation professionnelle pour l'instant. L'expert a constaté que l'assurée avait une image d'elle-même perturbée et qu'elle ressentait un sentiment permanent de vide. Elle avait tendance à s'engager dans des relations intenses qui l'amenait, lorsque ses attentes n'étaient pas satisfaites, à des crises émotionnelles où la crainte d'être abandonnée dominait et l'angoissait. Elle n'avait plus d'énergie et se fatiguait rapidement dans ses tâches journalières, se sentait triste, sans intérêt, ni désir. Elle avait de la difficulté à s'organiser dans ses activités car elle n'arrivait plus à se concentrer et se sentait dévalorisée. Le médecin a recommandé de réévaluer la situation un an plus tard car l'état dépressif pouvait s'améliorer spontanément ou grâce au traitement en cours. Dans une note du 9 août 2000, le Dr P _____, médecin de l'assurance-invalidité, a proposé d'admettre une incapacité actuelle totale de travailler et de procéder à une révision un an plus tard. Par décision du 21 novembre 2000, l'OCAI a reconnu à l'assurée une invalidité totale dès le 4 mars 1998 et le droit à une rente entière dès le 1^{er} mars 1998. L'OCAI a rappelé à l'assurée son obligation de tout mettre en oeuvre pour sauvegarder sa capacité de gain et lui a recommandé de suivre un traitement médical susceptible d'améliorer son état de santé. Au printemps 2004, l'OCAI a ouvert une procédure de révision. Dans un rapport du 25 mai 2004, la Dre Q _____, spécialiste en médecine interne, a indiqué que l'état de santé de la patiente était resté stationnaire depuis 1996. Elle a ajouté qu'en plus des autres diagnostics, l'assurée présentait depuis deux ans un syndrome douloureux chronique, précisant que le traitement en cours consistait en antalgiques, antidépresseurs et psychothérapie de soutien. Le médecin a émis l'avis qu'une reprise du travail n'était pas possible car la patiente était installée dans un syndrome douloureux et un état dépressif important depuis plusieurs années. Dans un avis du 11 juin 2004, le Dr R _____, chirurgien et médecin au Service médical régional de l'assurance invalidité (ci-après : SMR), a relevé qu'à l'époque, "contrairement à toute logique et à toute pratique de bon sens", l'incapacité de travail de 50 % sur le plan psychiatrique avait été additionnée à l'incapacité de travail de 50 % sur le plan rhumatologique, de sorte que la rente avait été accordée sur des bases manifestement erronées. Il a préconisé un examen bi-disciplinaire psychiatrique et rhumatologique afin de déterminer s'il y avait lieu de reconsidérer la situation. Dans un rapport du 22 mars 2005, le Dr S _____, psychiatre et psychothérapeute, a diagnostiqué un trouble dépressif, épisode actuel moyen, avec fort retentissement somatique (F33.11), une personnalité évitante (F60.6) et un trouble anxieux intense non spécifié (F41.9). Il a précisé qu'il voyait la patiente pour la première fois et que son diagnostic était provisoire. Il a constaté une symptomatologie dépressive avec tristesse, larmes, forte angoisse, troubles majeurs de la concentration, sentiment de honte, culpabilité et vécu intense de non-valeur. Il a fait état d'un comportement de repli social et de retrait, la patiente ne sortant pratiquement que pour faire ses courses, ainsi qu'une dépendance très marquée notamment envers son mari qui était souvent dans l'impossibilité de se rendre disponible. Il a également mis en évidence des traits paranoïdes défensifs au motif que la patiente attribuait un sens persécutoire aux démarches administratives. Il a relevé un

arrière-fond d'apraxie, la patiente paraissant sincère dans l'incapacité de prendre le train et de se retrouver dans un quartier qui n'était pas le sien dans un contexte de dépression, d'angoisse, de dépendance ou de problèmes psychiques et structurels plus profonds. Il lui semblait amplement justifié de dispenser médicalement la patiente d'un déplacement pour être expertisée car son état actuel risquait d'être décompensé encore davantage. Il proposait de prévoir une consultation dans un endroit proche de son domicile. Dans un deuxième rapport du 24 juin 2005, le Dr S_____ a confirmé les diagnostics précédents tout en mentionnant également une discrète problématique paranoïde et un trouble somatique associé. Concernant la capacité de travail, il a considéré qu'elle était limitée mais qu'il n'était pas en mesure de fournir un chiffre plus précis. Dans l'annexe au rapport médical concernant la réinsertion professionnelle, il a retenu que l'activité actuelle n'était plus exigible et qu'on ne pouvait pas exiger de l'assurée une autre activité. Il a conclu à l'absence de capacité de travail raisonnablement exigible. Le 17 janvier 2007, l'OCAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès du Centre d'expertise médical de Nyon (ci-après : CEMed). Dans leur rapport d'expertise du 20 avril 2007, les Drs U_____, rhumatologue, et T_____, psychiatre et psychothérapeute, ont enregistré les plaintes de la patiente, à savoir des douleurs diffuses articulaires et musculaires pouvant concerner l'ensemble du corps, une fatigue et des céphalées importantes, des douleurs à la poitrine, des troubles de la vue, des douleurs abdominales, des troubles de la concentration et de la mémoire, d'importantes ruminations, une nervosité et de l'irritabilité, des sentiments de malaise dans les transports publics, une tristesse permanente. En revanche, l'assurée n'a pas décrit d'idées délirantes ou de troubles de la perception telles que des hallucinations. A son examen, le Dr U_____ n'a pas décelé la présence de contractures paravertébrales, mais a constaté que tous les points typiques d'une fibromyalgie selon Smythe étaient déclarés douloureux à la palpation et s'accompagnaient de mouvements de retrait ou de sursaut ou de protestation verbale modérée. Il a précisé que l'assurée décrivait des limitations et une impotence fonctionnelle qui n'étaient pas retrouvées à l'examen clinique. Au status psychiatrique, le Dr T_____ n'a pas constaté de troubles mnésiques manifestes ou de la concentration, ni de ralentissement psychomoteur, ni de troubles du contenu de la pensée, mais un état de tristesse d'intensité légère. Sur le plan rhumatologique, le Dr U_____ n'a mis en évidence aucun élément objectif permettant de retenir tant des limitations fonctionnelles, qu'une incapacité de travail partielle, qu'enfin une diminution de rendement. Sur le plan psychiatrique, le Dr T_____ a observé que les plaintes étaient bien plus importantes que les constatations cliniques. Il a estimé que l'assurée présentait un état dépressif récurrent en rémission plutôt qu'un état dépressif léger car le tableau clinique était très peu manifeste et les plaintes s'inscrivaient dans une attitude de majoration des symptômes. Il a considéré que ce trouble n'était actuellement pas une cause d'incapacité de travail, ni de diminution de rendement. Au regard du portrait que l'assurée traçait d'elle-même, à savoir d'une personne avec beaucoup de qualités suscitant la jalousie de la part de ses collègues, avec des tendances rancunières et n'acceptant pas la trahison, susceptible et ayant besoin de la reconnaissance impérative de la part de ses employeurs, l'expert psychiatre a estimé que cette description parlait plutôt en faveur d'une personnalité narcissique que borderline ou évitante avec de discrètes manifestations paranoïdes réduisant légèrement les capacités d'adaptation mais sans incidence sur la capacité de travail. Il n'a pas retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant au motif que les douleurs n'avaient pas de caractère envahissant, n'étaient pas associées à une comorbidité psychiatrique sévère, n'étaient pas

responsables d'un isolement psychosocial dès lors que l'assurée expliquait se rendre tous les jours à la X_____ pour voir ses anciennes collègues et qu'il n'y avait pas lieu de parler d'une cristallisation de son état psychique. Ils n'ont posé aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. En revanche, sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont diagnostiqué, notamment, une fibromyalgie, une discartrhose C6-C7 et spina-bifida de C1, un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.4) depuis 2000, un trouble de la personnalité avec traits de personnalité narcissique. Ils ont retenu une capacité de travail entière au moins depuis le 15 février 2007 dans une activité évitant les chambres froides, sans diminution de rendement, et ont considéré que si des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables, elles n'étaient pas nécessaires. Par décision du 20 juin 2007, l'OCAI a supprimé la rente d'invalidité avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision en précisant qu'un recours dirigé contre cette dernière n'aurait pas d'effet suspensif. Il a relevé que, lors de l'octroi de la rente en mars 1998, les deux incapacités de travail de 50 % rhumatologique et psychique avaient été additionnées, "contrairement à toute logique et à toute pratique de bon sens", ce qui l'avait conduit, manifestement à tort, à lui octroyer une rente entière d'invalidité. De plus, selon les conclusions de l'expertise médicale pratiquée au CEMed, l'état de santé de l'assurée s'était amélioré, de sorte qu'il n'y avait plus aucune incapacité de travail dans la profession exercée depuis le 15 février 2007, date de l'expertise. Il a considéré que l'assurée était à même de reprendre l'activité qu'elle avait exercée avant qu'elle ne soit atteinte dans sa santé (en évitant les chambres froides) ou une activité de vendeuse, sans diminution de rendement, de sorte que le degré d'invalidité était inférieur à 40 % ce qui ne justifiait plus le versement d'une rente. Par acte du 22 août 2007, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant au maintien de sa rente. La recourante soutient que plusieurs éléments permettent de douter du bien-fondé de l'expertise du CEMed, notamment le sentiment que son cas a été préjugé au regard de l'avis médical du Dr R_____ daté du 29 août 2006, l'absence de prise en compte par les experts de sa souffrance et de sa capacité d'adaptation au handicap pour estimer son incapacité fonctionnelle, le caractère sommaire de l'examen psychiatrique qui ne s'est basé que sur un seul entretien. De plus, les experts ont écarté les diagnostics de personnalité émotionnellement labile de type borderline et d'état dépressif moyen, pourtant posés par le Dr O_____ qui l'avait, lui, examinée à trois reprises; leur diagnostic de personnalité narcissique n'est pas motivé et l'expertise ne décrit pas son existence quotidienne. Elle relève que, selon la Dresse Q_____, elle n'a aucune vie sociale en dehors de sa famille ainsi que de quelques anciennes collègues et que, selon le Dr S_____, elle a un comportement de repli social ainsi que de retrait. La recourante conteste l'absence de caractère envahissant de ses douleurs. Elle reproche aux experts d'avoir considéré qu'elle n'était pas traitée pour des troubles psychologiques, alors même qu'elle suit régulièrement une psychothérapie auprès de son médecin traitant et qu'elle a dû arrêter les médicaments en raison d'une prise de poids importante. Dans sa réponse du 24 septembre 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Il fait valoir qu'il existe un motif de reconsidération, car, à l'époque, il s'était contenté d'additionner les deux taux d'incapacité de travail d'origine somatique et psychique alors qu'il aurait dû conclure à un taux de capacité résiduelle de 50%, soit le taux de capacité retenu par chacun des deux experts, somaticien et psychiatre. L'intimé ajoute que, quoi qu'il en soit, il existe un motif de révision puisque la capacité de travail de l'assurée s'est améliorée. Il relève que le Dr O_____, dans son expertise de juillet 2000, avait préconisé de réévaluer la situation après un an. Or, le trouble dépressif de degré moyen a laissé place désormais à un trouble

qualifié de récurrent en rémission. L'OCAI en tire la conclusion qu'il y a bien eu amélioration notable de l'état de santé. Une comparution personnelle des parties et une audience d'enquêtes se sont tenues en date du 6 mars 2008. L'assurée a exposé que ses douleurs s'étaient aggravées au fil du temps, qu'elle avait de plus en plus mal, qu'elle passait ses journées chez elle, qu'elle allait parfois faire quelques courses légères à la X_____, qu'elle avait des difficultés à assumer son ménage qu'elle effectuait seule en prenant le temps de faire les choses à son propre rythme. La Dresse Q_____ a précisé que, depuis septembre 1996, elle est le médecin traitant de la recourante qui travaillait alors comme auxiliaire de vente au rayon boucherie d'un magasin X_____ et souffrait des changements de température occasionnés par ses incursions régulières dans les salles frigorifiques se manifestant par des sinusites à répétition, des écoulements purulents et des bronchites. Compte tenu de ces désagréments, elle avait demandé un changement de rayon. Plutôt que de le lui accorder, son employeur avait préféré la licencier, notamment en raison de ses fréquentes absences pour raison de maladie ce qui avait constitué un événement traumatisant pour elle. La Dresse Q_____ lui avait prescrit le premier traitement antidépresseur en 1997 et l'avait adressée à un psychiatre qui l'avait suivie quelque temps. La patiente avait cependant mis un terme à ce suivi, car elle ne pouvait financièrement assumer les 10 % qui restaient à sa charge. La Dresse Q_____ avait pris le relais à raison de deux à trois fois par mois en lui faisant cadeau de ces 10 %. Sur le plan personnel, la recourante lui a dit être très isolée, puisqu'elle n'a que son mari et sa fille. Elle va faire ses courses à la X_____, où elle rencontre d'anciennes collègues avec qui il lui arrive de prendre un café. La Dresse Q_____ estime que l'état de santé n'a pas varié depuis lors et qu'au contraire, il s'est aggravé. La recourante lui fait régulièrement part d'idées désespérées, voire suicidaires. La patiente se plaint de douleurs continues qui l'empêchent même parfois de faire son ménage. Elle a consulté de nombreux médecins qui, tous, ont confirmé son incapacité de travail. Dès lors, la Dresse Q_____ est extrêmement surprise de voir que le psychiatre, sur la base d'une seule visite, a abouti à une conclusion contraire. Le traitement antidépresseur que la recourante a pris pendant près de huit ans a été interrompu, il y a environ une année. D'une part, la patiente avait pris environ 10 kilos, ce qui s'est avéré contreproductif au plan rhumatologique, d'autre part, la médication n'avait pas eu l'effet escompté. Enfin, la patiente avait fait des allergies, de sorte que l'allergologue a préconisé de réduire la prise de médicaments au maximum, afin de déterminer l'origine de l'allergie. Elle estime que les médicaments antidépresseurs sont avantageusement remplacés par une thérapie de soutien, qui se déroule aujourd'hui à raison d'une fois par mois dans son cabinet. Depuis la décision de révision de rente, qui a provoqué chez la patiente un sentiment profond d'injustice, sont apparus des éléments psychotiques : un sentiment d'être suivie, observée, épiée, l'évocation de téléphones anonymes. Un sentiment de persécution est également apparu. Selon la Dresse Q_____, il lui est difficile de dire lequel des diagnostics de fibromyalgie et de dépression est apparu en premier car ils sont concomitants et liés. A son avis, la patiente a une incapacité totale de travailler, que se soit sur le plan de la fibromyalgie ou sur le plan de la dépression. Selon le témoin, l'état de la patiente s'est clairement aggravé par rapport à celui dont faisaient état les rapports des Drs V_____ et O_____. Actuellement, le côté psychiatrique prédomine. Le 13 mars 2008, la recourante a informé le Tribunal de céans que, dans le cadre de l'expertise du CEMed, le Dr U_____ avait demandé un bilan radiologique des colonnes cervicale et lombaire et que, dans ladite expertise, il ne faisait aucune mention de cet examen et des conclusions du radiologue. Selon la Dresse Q_____, après avoir obtenu l'avis d'un rhumatologue, ces

radiographies mettent en évidence une instabilité lombaire et de l'arthrose, soit des problèmes réels qui peuvent expliquer la symptomatologie douloureuse. Étant donné que l'expertise a conclu à l'absence d'éléments objectifs permettant de retenir des limitations fonctionnelles, une incapacité de travail ou encore une diminution de rendement, il y a lieu de se demander si le Dr U_____ a pris en compte ces radiographies dans son appréciation. Elle produit le rapport radiologique du 15 février 2007 qui mentionne des discopathies étagées de C5 à C7, une large lyse isthmique de L4 provoquant un spondylolisthesis de grade I-II de L4-L5, des discopathies L4-L5 et L5-S1 et une arthrose apophysaire postérieure L4-L5. Dans son écriture du 15 avril 2008, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Le 21 avril 2008, le Tribunal a communiqué cette écriture à la recourante et gardé la cause à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité, est applicable en l'espèce dès lors que les faits juridiquement déterminants sont postérieurs à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852), sont régies par le même principe et sont applicables. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances et l'introduction de frais de justice lors de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA et art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit puisque le recours a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision du 20 juin 2007 a été reçue au plus tôt le lendemain et le délai de recours a commencé à courir le 22 juin 2007 (art. 38 al. 1 LPGA). Étant donné que les délais sont suspendus du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 LPGA), le délai est arrivé à échéance le 22 août 2007 de sorte que le recours a été formé en temps utile, le dernier jour du délai (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité de la recourante et, en particulier, sur la suppression de son droit à la rente à partir du 1^{er} septembre 2007 en raison de la révocation de la décision de rente de 2000 ainsi que sur la question de savoir si l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer son droit à la rente. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail

équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Le Tribunal fédéral des assurances a considéré que la fibromyalgie présente de nombreux points communs avec les troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'il se justifie, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50). Il y a lieu de poser la même présomption en présence d'une fibromyalgie (ATF 132 V 71 consid. 4.2.1). 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 malade 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 (ATFA non publié du 3 décembre 2007, I 1093/06, consid. 3.2). 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 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, 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 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_71/2008 du 14 mars 2008). En vertu de 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. 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 (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 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 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). Enfin, l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). A cet égard, un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 129 V 200, consid. 1.2). 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 dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). 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. 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). Ainsi, 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 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 permette de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). En l'espèce, la recourante soutient que son état de santé ne s'est pas amélioré, voire qu'il s'est aggravé depuis l'octroi de la rente en 2000. Pour sa part, l'intimé justifie la suppression de la rente allouée à l'assurée par le fait que son état de santé se serait amélioré au point qu'il n'y ait plus d'incapacité de travail et ajoute que l'octroi d'une rente en 2000 résultait quoi qu'il en soit d'une décision manifestement erronée. Il convient tout d'abord de vérifier si la rente a été allouée à tort en 2000. A cette époque, deux experts ont été interrogés à savoir les Drs L_____ et O_____. Dans son rapport d'expertise du 23 novembre 1998, le Dr L_____ a diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux persistant sous forme d'un syndrome fibromyalgique. Les radiographies de la colonne cervicale mettaient en évidence un pincement de l'espace intersomatique C6-C7. Lors de son examen, les points de Smythe, typiques de la fibromyalgie, n'étaient pas spécifiquement douloureux. L'expert a précisé que d'autres auteurs parlaient, en pareille circonstance, de rhumatisme psychogène, les plaintes somatiques représentant la cristallisation de conflits intrapsychiques inconscients. Dans le cas de la patiente, la recrudescence de ses douleurs musculaires pourrait représenter une protestation face au refus du gérant d'entrer en matière sur sa demande de changement de poste et être également l'expression d'un surmenage physique auto-induit. Il lui a semblé que la pathologie rhumatologique ne constituait qu'un écran destiné à protéger la patiente d'une prise de conscience douloureuse sur son histoire personnelle. Il a estimé que rien ne s'opposait à une reprise de son activité de vendeuse à 50 % en évitant les lourdes charges tout en reprenant une psychothérapie médicale. Il espérait que les bénéfices secondaires liés à la maladie ne constitueraient pas un frein à une telle entreprise. Pour sa part, dans son rapport d'expertise du 12 juillet 2000, le Dr O_____ a diagnostiqué une personnalité émotionnellement labile type borderline et un état dépressif moyen (F32.1) entraînant une incapacité de travail de 50 %. Il a précisé que l'incapacité due aux troubles somatiques était à rajouter à ces 50 % et qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était envisageable pour le moment. Il a retenu une capacité résiduelle de travail de 50 % d'un point de vue psychiatrique. La situation devait être réévaluée dans une année car l'état dépressif pouvait s'améliorer spontanément ou grâce au traitement en cours.

Dans son avis du 9 août 2000, en se basant sur les conclusions des experts, le Dr P_____ a proposé d'admettre une incapacité actuelle totale de travail et de réévaluer la situation dans un an tout en précisant à l'assurée qu'elle devait suivre une psychothérapie. L'intimé soutient que la décision du 21 novembre 2000 accordant à la recourante une rente entière dès le 1^{er} mars 1998 sur la base d'un taux d'invalidité de 100 % est erronée dès lors que, contrairement à toute logique et à toute pratique de bon sens, les deux incapacités de travail de 50 % ont été additionnées. En l'espèce, la décision du 21 novembre 2000 ne se basait pas sur une expertise pluridisciplinaire, mais sur une expertise rhumatologique datant de novembre 1998 et sur une expertise psychiatrique datant de juillet 2000. Par conséquent la jurisprudence relative aux conclusions d'une expertise pluridisciplinaire n'est pas applicable (cf. ATFA non publié du 9 octobre 2008, 9C_87/2008, consid. 3.2 et 22 mars 2004, I 313/03, consid. 2.3). En revanche, le taux global d'incapacité de travail ne correspond pas nécessairement à l'addition des taux d'incapacité de travail admis par discipline (ATFA non publié du 28 septembre 2007, I 102/07, consid. 4.2). Or, à l'époque, seul le Dr P_____ s'était prononcé sur le taux global de l'incapacité de travail, dans sa note du 9 août 2000, sans toutefois motiver son avis. Si le taux global d'incapacité de travail ne correspond pas nécessairement à l'addition des taux d'incapacité de travail par discipline, a contrario, dans certains cas, il peut correspondre à une telle addition. C'est manifestement ce que le Dr P_____ a retenu. A cet égard, selon le rapport du Dr M_____ du 2 juin 1999, un patient souffrant de fibromyalgie peut travailler à 50 % ou même à 100 % mais que chaque cas doit être replacé dans son contexte. Toutefois, en raison tant de la fibromyalgie que de l'état dépressif, il a admis une incapacité de travail à 100 %. On ne voit pas en quoi cette appréciation ne serait pas admissible sur le plan médical d'autant plus que, d'une part, le Dr N_____ a pris connaissance de la proposition de son confrère, le 11 septembre 2000, et qu'il n'a rien trouvé à y redire, d'autre part, que le Dr O_____, qui suggérait également un tel résultat, était médecin de l'assurance-invalidité peu de temps avant son expertise de sorte qu'il connaissait parfaitement les principes régissant l'évaluation de l'incapacité de travail en la matière. Au demeurant, la question de la capacité résiduelle de travail est une condition matérielle du droit à la rente qui dépend du pouvoir d'appréciation du médecin ce qui, selon la jurisprudence, ne permet pas d'admettre une inexactitude manifeste et, partant, d'admettre que les conditions d'une reconsidération sont réalisées. Il reste à examiner si l'état de santé de la recourante s'est notablement modifié depuis la décision du 21 novembre 2000 de façon à justifier la suppression de la rente ou si ses conséquences sur sa capacité de travail ont sensiblement changé. A l'époque de la décision initiale, la recourante se plaignait de douleurs musculo-squelettiques généralisées, peu spécifiques et constantes, de problèmes de cœur, souffle et digestion, de maux de tête et de tremblements. Tous ses gestes de la vie quotidienne étaient décrits comme pénibles et douloureux. Selon les constatations du Dr O_____, elle n'avait plus d'énergie et se fatiguait rapidement dans ses tâches journalières. Elle avait des problèmes de sommeil. Elle se sentait triste, sans intérêt, ni désir. Elle avait de la difficulté à s'organiser dans ses activités car elle n'arrivait plus à se concentrer et se sentait dévalorisée. Elle avait une image d'elle-même perturbée et ressentait un sentiment permanent de vide. Elle avait tendance à s'engager dans des relations intenses qui l'amenaient, lorsque ses attentes n'étaient pas satisfaites, à des crises émotionnelles où la crainte d'être abandonnée dominait et l'angoissait. Cela lui donnait des idées de suicide et ses projections sur l'avenir étaient très sombres. Lors de l'expertise du 20 avril 2007, la patiente s'est plainte de douleurs diffuses articulaires et musculaires pouvant concerner

l'ensemble du corps, céphalées importantes, douleurs à la poitrine, troubles de la vue, douleurs abdominales, troubles de la concentration et de la mémoire, importantes ruminations, nervosité et irritabilité, sentiments de malaise dans les transports publics, crises de pleurs et tristesse permanente, perte d'élan vital et très importante fatigue permanente, sentiment de dévalorisation et troubles du sommeil. Lors de son examen, le Dr U _____ a constaté que tous les points typiques d'une fibromyalgie selon Smythe étaient déclarés douloureux à la palpation et s'accompagnaient de mouvements de retrait ou de sursaut ou de protestation verbale modérée. Lors de son examen psychiatrique, le Dr T _____ a observé un état de tristesse d'intensité légère. Les experts ont diagnostiqué, notamment, une fibromyalgie, une discarthrose C6-C7 et spina-bifida de C1, un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.4) depuis 2000, un trouble de la personnalité avec traits de personnalité narcissique. Ils ont retenu une capacité de travail entière dans une activité évitant les chambres froides, sans diminution de rendement, et ont considéré que si des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables, elles n'étaient pas nécessaires. Dans leur rapport d'expertise, les Drs U _____ et T _____ ne mentionnent à aucun moment le bilan radiologique effectué le 15 février 2007 et faisant état de discopathies étagées de C5 à C7, d'une large lyse isthmique de L4 provoquant un spondylolisthésis de grade I-II de L4-L5, de discopathies L4-L5 et L5-S1 et d'une arthrose apophysaire postérieure L4-L5. Pour cette raison leur rapport est incomplet. De plus, au vu du spondylolisthésis de grade I-II de L4-L5, il est peu vraisemblable que la recourante ait une capacité de travail entière, sans diminution de rendement, dans l'activité de vendeuse dans un rayon de boucherie et qu'elle ne présente pas de limitations fonctionnelles. Par conséquent, leur rapport n'a pas de valeur probante d'autant plus que les troubles objectivables lombaires et cervicaux mis en évidence par ces nouvelles radiographies sont susceptibles d'expliquer une partie des douleurs de la recourante et permettent de douter qu'une partie de ses plaintes n'ait pas de substrat organique. Par ailleurs, bien que le Dr S _____ ait constaté l'existence d'un état dépressif moyen en 2005, le Dr T _____ ne retient pas un tel diagnostic sans expliquer de façon circonstanciée pourquoi il s'écarte des conclusions de son confrère de sorte que ce rapport n'est pas suffisamment motivé et n'a pas de valeur probante pour cette deuxième raison. Même si le rapport d'expertise du CEMed n'a pas de valeur probante, il contient des constatations médicales précieuses qui ne sont pas contestées et qui permettent avec l'aide des autres rapports médicaux de comparer l'état de santé de la recourante par rapport à la situation prévalant en 2000. L'intimé observe que le Dr T _____ ne retient plus un état dépressif moyen, mais un état dépressif récurrent en rémission, ce qui, à ses yeux, établit une amélioration notable de l'état de santé de la recourante. Selon le rapport du Dr S _____ daté du 22 mars 2005 qui, tout comme le Dr T _____, n'a vu la patiente qu'une fois, la recourante présentait un trouble dépressif moyen avec fort retentissement somatique (F33.11), une personnalité évitante (F60.6) et un trouble anxieux intense non spécifié (F41.9). Il a constaté une symptomatologie dépressive avec tristesse, larmes, forte angoisse, troubles majeurs de la concentration, sentiment de honte, culpabilité et vécu intense de non-valeur. Ses constatations sont superposables à celles faites à l'époque par le Dr O _____ et il ne ressort pas de l'anamnèse que l'état dépressif de la recourante se serait amélioré entre le 24 juin 2005, date du dernier rapport du Dr S _____, et celle de l'expertise bi-disciplinaire du 15 février 2007. Au contraire, selon les divers rapports de la Dresse Q _____ et les déclarations qu'elle a faites au Tribunal de céans lors de son audition, l'état de santé de la recourante est resté inchangé, voire s'est aggravé, ce qui

confirme que les plaintes de la recourante et les constatations médicales sur son état de santé sont superposables à la situation existant au moment de la décision de novembre 2000. Par conséquent, au regard de la description de la situation faite par les divers médecins qui est globalement identique, il faut admettre que le diagnostic de trouble dépressif récurrent en rémission posé par le Dr T_____ dénote une simple divergence d'interprétation entre spécialistes. Etant donné que tant le Dr O_____ que le Dr S_____ ont retenu un diagnostic d'état dépressif moyen, ce dernier semble plus vraisemblable que le diagnostic posé par le Dr T_____ et il convient de privilégier le diagnostic posé par la majorité des médecins. Par conséquent, il n'existe pas d'amélioration de l'état de santé de la recourante justifiant la suppression de la rente. L'intimé invoque une modification notable du taux d'invalidité de la recourante en tant que la capacité de travail retenue par les experts est totale dans son ancienne activité de vendeuse en tout cas depuis la date de l'expertise. Or, le rapport d'expertise sur lequel l'intimé s'appuie n'a pas de valeur probante de sorte que l'appréciation de la capacité résiduelle de travail de la recourante faite par les experts n'est pas pertinente. De plus, ces derniers ont évalué le caractère invalidant de la fibromyalgie au regard des critères jurisprudentiels (ATF 132 V 65 consid. 4.1 et 130 V 351) qui n'avaient pas encore été développés au moment de la décision de novembre 2000. Ce faisant, ils ont procédé à une nouvelle appréciation de la capacité résiduelle de travail en tant compte d'un changement de jurisprudence qui n'est pourtant pas un motif de révision de la rente (ATF 129 V 200 consid 1.2). Le Tribunal de céans constate que les divergences entre les avis médicaux, notamment quant à la question de la capacité de travail, ne relèvent pas d'une modification des circonstances, mais d'une appréciation différente d'une situation qui est pour l'essentiel restée la même, ce qui ne constitue pas un motif de révision (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). De plus, la Dresse Q_____ a signalé une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la décision de révision de rente, à savoir l'apparition d'éléments psychotiques et de persécution. En définitive, pour supprimer la rente, l'intimé s'est basé sur une appréciation médicale différente, laquelle n'est pas de nature à fonder une révision de la rente d'invalidité. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 20 juin 2007 annulée. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 2'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Étant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 500 fr. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet et annule la décision de l'OCAI du 20 juin 2007. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 2'500 fr. à titre de dépens. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Yaël BENZ La présidente Karine STECK Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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