

GE_GERICHTE A/3227/2008 vom 11. November 2008

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3227_2008

FR: GE_GERICHTE A/3227/2008 du 11 novembre 2008

IT: GE_GERICHTE A/3227/2008 del 11 novembre 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 11.11.2008 A/3227/2008

A/3227/2008 ATAS/1248/2008 du 11.11.2008 (AI) , REJETE Recours TF déposé le 19.12.2008, rendu le 14.07.2009, REJETE, 9C_1031/2008 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3227/2008 ATAS/1248/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 2 du 11 novembre 2008 En la cause Madame R_____, domiciliée à Genève, CH, représentée par CAP Protection juridique SA, Mme Véronique ROSSE recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Madame R_____ (ci-après: la recourante), d'origine portugaise, née en 1961, a été employée, en dernier lieu, par l'établissement médico-social X_____ en qualité de lingère-repasseuse. Le 8 mars 1999, elle a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après: OCAI), visant l'octroi d'une rente, en raison d'une obésité morbide. Dans un rapport médical du 16 mars 1999, la Dresse A_____, spécialiste FMH en médecine interne, pose le diagnostic d'obésité morbide avec un indice de masse corporelle (ci-après : BMI) de 56 kg/m2, d'un syndrome d'apnées du sommeil, de lombalgies chroniques et d'un syndrome du tunnel carpien. Elle précise qu'en raison de son obésité morbide, la recourante a subi, le 2 février 1999, une intervention chirurgicale tendant à la pose d'un by-pass gastrique. Elle atteste d'une incapacité totale de travail à partir du 13 janvier 1998, pour une durée indéterminée, en jugeant l'état de santé de la recourante susceptible d'amélioration. Sur cette base, l'OCAI a octroyé une rente entière d'invalidité à la recourante à compter du 1 er janvier 1999, prévoyant une révision au 1 er février 2000. Par pli du 15 décembre 2000, l'OCAI a adressé un questionnaire pour la révision de la rente à la recourante, laquelle a indiqué que son état de santé s'était amélioré depuis août 1999, dans le sens d'une perte de poids, mais que l'aide de tiers restait indispensable pour accomplir les actes ordinaires. Dans un rapport médical du 22 février 2001, la Dresse A_____ fait état d'une amélioration de l'état de santé de la recourante. Elle retient comme diagnostic une obésité morbide avec un BMI de 43,1 kg/m2, des lombalgies et des gonalgies ainsi qu'une anémie sur malabsorption de fer. Elle atteste d'une incapacité de travail à partir du 13 janvier 1998, en faisant état d'un bon pronostic à long terme. Le 14 mars 2001, l'OCAI a informé la recourante que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à une rente d'invalidité et que son droit à une rente entière d'invalidité serait maintenu en conséquence. Sur demande de la Dresse A_____, la recourante a été hospitalisée au département de médecine interne des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après: HUG). Dans un rapport du 25 novembre 2002, la Dresse B_____ et le Dr C_____ posent le diagnostic de status post-by-pass gastrique en 1999 pour obésité morbide, de status post-appendicectomie à l'adolescence, de status post-syndrome d'apnées du sommeil

équipé par CPAP de 1997 à 1999 et d'une carence martiale en vitamine B12 sur malabsorption. La recourante a ensuite été adressée au Dr D _____, spécialiste FMH en rhumatologie. Dans un rapport du 2 octobre 2003, ce dernier diagnostique une sciatalgie gauche pouvant correspondre à un trajet de type L5 sans qu'il n'y ait de net syndrome irritatif ni de déficit neurologique. Il indique qu'il s'y associe de manière très nette une tendinopathie du moyen-fessier gauche. En raison de sa perte de poids, la recourante a subi une nouvelle opération, le 5 mai 2004, tendant à une résection d'un mètre d'intestin grêle. Elle a ensuite séjourné à la Clinique de Joli-Mont du 17 au 27 mai 2004, pour une convalescence. Dans un rapport médical du 28 mai 2004, le Dr E _____, médecin chef du service de chirurgie viscérale des HUG, diagnostique une reprise de by-pass gastrique. Il ne constate rien d'anormal à l'examen clinique et indique que les suites opératoires sont apyrétiques et que la réalimentation se fait progressivement, selon le protocole de régime normal dès le 3^{ème} jour opératoire avec une bonne tolérance et reprise d'un transit normal. Dans un questionnaire de révision de la rente du 28 mai 2004, la recourante a indiqué que son état de santé était resté inchangé. Dans un rapport du 2 juin 2004, les Dr F _____ et G _____ de la Clinique de Joli-Mont indiquent que l'évolution clinique est favorable avec, en particulier, un bon contrôle au niveau de l'antalgie qui permet de diminuer la médication. Le transit se passe sans difficulté. Par rapport intermédiaire du 14 juin 2004, les Dr E _____ et H _____ indiquent que les diagnostics sont restés inchangés et que l'état de santé de la recourante est stationnaire. Ils précisent cependant que la dernière opération est trop récente pour qu'ils puissent se prononcer sur ses effets. Selon eux, une reprise de l'activité professionnelle pourra être envisagée dès que la perte pondérale permettra une activité physique suffisante. Dans un rapport intermédiaire du 22 juin 2004, la Dresse A _____, indique que l'état de santé de la recourante s'est amélioré depuis environ une année. Elle fait état d'un changement de diagnostic, dans le sens d'une disparition du syndrome d'apnées du sommeil et d'une diminution de l'obésité. Selon elle, une reprise d'une activité professionnelle dans le métier de repasseuse ou une activité adaptée serait possible à 50 %. Un examen médical complémentaire lui paraît toutefois nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Le 8 mars 2005, la recourante a subi une colpomyorraphie postérieure étendue et une culpo-suspension. Dans son rapport du 5 avril 2005, le Professeur E _____, médecin chef du service de chirurgie viscérale des HUG, diagnostique un rectocèle de type II avec cuptosèle. Il indique que les suites postopératoires sont simples et apyrétiques. Dans un avis médical du 10 juin 2005, le SMR indique qu'un examen rhumatologique et en médecine interne apparaît nécessaire afin de déterminer objectivement s'il existe une invalidité au sens de l'AI et, cas échéant, les capacités de travail résiduelles de la recourante et ses limitations fonctionnelles. Sur quoi, l'OCAI a requis dudit service qu'il procède à un examen rhumatologique de la recourante. Dans un rapport d'examen du 13 juillet 2005, le Dr I _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, expose l'anamnèse familiale, personnelle, actuelle, systémique et professionnelle de la recourante, de même que son status clinique. Il diagnostique, comme atteintes ayant une répercussion sur la capacité de travail, des rachialgies dans le cadre de troubles statiques du rachis, une périarthrite de hanche bilatérale et des gonalgies bilatérales avec syndrome rotulien droit. Parmi les atteintes sans répercussion sur la capacité de travail, il retient des douleurs du pied gauche dans le cadre de troubles statiques des pieds, une obésité et un status 4 mois après rectopexie. Il indique qu'entre janvier 1998 et novembre 2004, la recourante présentait une incapacité totale de travail et qu'elle présente, depuis lors, une capacité de 70 % dans

l'activité de lingère-repasseuse et de 100 % dans une activité adaptée. Il explique que ses conclusions s'éloignent de celles qui avaient conduit à l'obtention d'une rente d'invalidité entière, probablement en raison de l'amélioration des douleurs qui a suivi la deuxième intervention intestinale. Selon l'expert, on peut probablement faire remonter cette amélioration à novembre 2004. Il précise que la recourante risque de bénéficier d'une cystopexie ainsi que d'une hystéropexie avec ablation de kystes ovariens, ce qui conduira à une incapacité de travail momentanée d'un à deux mois. Dans un avis médical du 18 août 2005, le SMR reprend les conclusions du Dr I_____. Il précise que, dans la mesure où la recourante n'a dû se rendre qu'une seule fois aux toilettes durant l'examen, ses diarrhées ne peuvent être considérées comme suffisamment invalidantes pour la contraindre à interrompre son travail et ne sont donc pas à l'origine d'une baisse de rendement. Sur cette base, l'OCAI a rendu le 1^{er} septembre 2005, une décision supprimant la rente d'invalidité de la recourante, au motif que son degré d'invalidité, fixé à 1,2 %, était insuffisant pour maintenir son droit à une rente. Par courrier du 30 septembre 2005, complété le 21 novembre 2005, la recourante a formé opposition contre cette décision. Elle reproche à l'OCAI d'avoir violé son devoir d'instruction, n'ayant pas procédé à un examen en médecine interne, lequel s'avérait indispensable pour juger des répercussions de son obésité morbide, l'effondrement des organes du petit bassin, ses diarrhées quotidiennes et sa malabsorption de fer, de vitamine B12 et D ont sur sa capacité de travail. Elle souligne, en outre, que son BMI est identique à celui qu'elle présentait au moment où le droit à une rente d'invalidité lui avait été reconnu et qu'elle présente de nouvelles affections, consécutives à sa seconde opération, de sorte que l'on ne peut parler en faveur d'une amélioration de son état de santé. Dans un rapport médical intermédiaire du 13 décembre 2005, le Dr E_____ indique que l'état de santé de la recourante est stationnaire et que les diagnostics sont restés inchangés. Dans un rapport médical intermédiaire du 20 décembre 2005, la Dresse A_____ indique que l'état de santé de la recourante s'est aggravé et que les diagnostics se sont modifiés. Dans un courrier du 12 octobre 2005, qu'elle annexe audit rapport, elle précise qu'à la suite de la deuxième intervention chirurgicale, l'état de santé de la recourante a connu, en un premier temps, une évolution favorable, mais que depuis juillet 2004, des selles très fréquentes et liquides sont apparues ainsi que des douleurs très importantes de la région périnéale. Elle indique que l'opération qui suivit n'a pas apporté de grande amélioration et qu'il persiste un petit prolapsus rectal, une cystocèle importante et un prolapsus utérin très gênant et douloureux. Selon elle, il est impossible que la recourante travaille dans cet état de santé, ce d'autant plus qu'elle présente d'autres problèmes médicaux, soit des lombosciatalgies gauches non déficitaires, une périarthrite de hanche bilatérale, un syndrome du tunnel carpien bilatéral et une malabsorption de fer, de vitamine B12 et de vitamine D nécessitant une substitution. Sur demande de la Dresse A_____, la Dresse J_____, spécialiste FMH en cardiologie interventionnelle, a procédé à un examen cardiologique de la recourante. Par rapport du 3 février 2006, elle fait état d'une dilatation discrète à modérée du ventricule gauche avec une fonction systolique conservée sans épaissement des parois, d'une dilatation modérée de l'oreillette gauche, d'une sclérose de la valve aortique avec régurgitation discrète à modérée, d'une régurgitation mitrale discrète à modérée, d'une discrète régurgitation tricuspidiennne, de l'absence de signal au Doppler-couleur de shunt intracardiaque et d'une hypertension pulmonaire modérée. Par lettre du 17 février 2006, la recourante a transmis ledit rapport à l'OCAI qui a requis l'avis du SMR. Par avis médical sur opposition du 5 avril 2006, le SMR indique que le fait que la recourante n'ait pas consulté de médecin interniste laisse planer un doute sur le

caractère éventuellement invalidant des problèmes affectant le petit bassin de la recourante. Un examen pluridisciplinaire lui paraît nécessaire. En outre, le SMR suggère à l'OCAI qu'il transmette le dossier de la recourante à son service juridique afin qu'il examine si les prestations perçues de l'AI se fondaient sur son obésité morbide ou sur les conséquences de celles-ci et déterminer, en conséquence, si une reconsidération de la décision initiale entrerait en ligne de compte. Par avis médical du 11 juillet 2006, le SMR indique toutefois qu'un réexamen de la recourante apparaît superflu. Dans un avis médical du 5 septembre 2006, il souligne qu'à la suite de l'avis médical sur opposition rendu le 11 juillet 2006, l'affirmation concernant l'absence de problème invalidant au niveau du petit bassin ne peut être démontrée, dans la mesure où la recourante n'a pas été examinée au plan de la médecine interne. Il précise que les avis rhumatologique et cardiologique sont probants et permettent de conclure à leur niveau. Mais dans la procédure d'opposition au retrait de la rente, une expertise des autres volets des éventuelles atteintes à la santé de la recourante va s'imposer, pour pouvoir déterminer si des faits nouveaux (positifs ou négatifs) peuvent ouvrir la voie à la suppression de la rente. De ce fait, le SMR indique qu'il convient de lui renvoyer le dossier en vue d'une expertise en médecine interne et en gynécologie afin de compléter utilement les données. Sur cette base, l'OCAI a mandaté les HUG en vue d'une expertise en gynécologie, ce dont il a informé la recourante par courrier du 5 septembre 2006. Dans un rapport médical du 25 janvier 2007, la Dresse K _____, médecin adjointe au département de gynécologie et d'obstétrique des HUG, expose les antécédents familiaux, médicaux, chirurgicaux et gynéco-obstétricaux de la recourante. Elle résume la situation actuelle de la recourante, son anamnèse de même que l'examen clinique auquel elle a procédé. Elle indique que la recourante présente une récurrence de sa cystocèle et une dyspareunie profonde, mais que ces troubles ne contre-indiquent pas à eux seuls une activité professionnelle. La recourante a séjourné du 11 au 29 juin 2007 et du 1^{er} au 9 juillet 2007 au sein du service de chirurgie viscérale des HUG pour une fissure anale et des diarrhées chroniques. Dans un rapport du 18 juillet 2007, les Dr L _____ et M _____ diagnostiquent une stéatorrhée sur un syndrome de l'intestin grêle court. Ils retiennent, dans l'anamnèse, une exacerbation des douleurs rectales depuis 4 semaines avec environ 20 selles par jour, sur un fond de douleurs chroniques. Ils indiquent que la recourante a regagné son domicile le 9 juillet 2007 avec consigne de les contacter en cas de récurrence de douleurs anales ou de diarrhées. Sur avis du SMR, l'OCAI a mandaté le Dr N _____, spécialiste FMH en médecine interne, en vue d'une expertise en médecine interne de la recourante. Dans un rapport d'expertise du 7 septembre 2007, il indique que la présente expertise a pour but d'apprécier l'évolution des maladies, la présence d'éventuelles atteintes à la santé, concernant le problème digestif ou du petit bassin ainsi que l'évolution cardiologique. Il expose l'anamnèse professionnelle, sociale et familiale de la recourante. Il mentionne ses antécédents personnels et dresse la liste des pièces médicales figurant au dossier, qu'il résume brièvement. Il expose ensuite les plaintes et données subjectives de la recourante. Il relève, à ce propos, que la recourante se plaint de douleurs au niveau périrochantérienne, digestif, urinaire, cardiovasculaire, pulmonaire, neurologique et psychologique et expose précisément en quoi elles consistent. Il présente, ensuite, son status clinique général, cardio-vasculaire, pulmonaire, abdominal et neurologique. Il pose comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail une périarthrite de hanche bilatérale, des rachialgies non spécifiques et des gonalgies bilatérales. Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il retient une obésité avec un BMI de 39,9 kg/m², un status après by-pass gastrique complété par un raccourcissement de l'anse dite absorbative,

une stéatorrhée sur syndrome de l'intestin grêle court, un status après cure de rectocèle, un status après hystérectomie et cure de cystocèle, une récurrence actuelle de cystocèle, un possible syndrome de tunnel carpien gauche et une cardiomyopathie débutante avec valvulopathie aortique et mitrale et valvulopathie tricuspide non significative. Dans l'appréciation de son cas, il précise, s'agissant des diarrhées fréquentes, que la fréquence des défécations postopératoires immédiate est généralement de l'ordre de 10 à 15 fois par jour mais qu'elle diminue avec le temps. Il ajoute que, dans le cas de la recourante, la fréquence des selles devrait pouvoir être contrôlée par la diète et l'utilisation d'enzymes pancréatiques ainsi que par le traitement de cholestyramine censé réduire la déperdition d'acide biliaire. S'agissant de la stéatorrhée, il indique qu'elle pourrait être prévenue par le remplacement des graisses alimentaires par des triglycérides, à chaîne moyenne mieux résorbable, en plus de l'administration d'enzymes pancréatiques. Pour ce qui concerne les vomissements persistants, il préconise de limiter les aliments très riches en sucre. Selon lui, une surveillance métabolique s'impose à la recherche d'une dénutrition protéique, d'un hyperparathyroïdisme secondaire et d'une hyper-oxalurie avec constitution de calculs rénaux. Il relève que si la recourante présente des facteurs de risque cardiovasculaires, elle est, de ce point de vue, asymptomatique. Sur cette base, il conclut que, globalement, l'obésité et ses suites, ainsi que les complications de la chirurgie malabsorptive, notamment sous la forme des conséquences de l'intestin court, ne déterminent pas d'handicap significatif dans une vie professionnelle. Concernant les limitations fonctionnelles, il indique qu'elles sont essentiellement d'ordre rhumatologique et renvoie à l'expertise du 13 juillet 2005 sur ce point. Il précise, par ailleurs, qu'en raison des diarrhées, un accès facilité aux lieux d'aisance doit être assuré. À la question de savoir comment les troubles diagnostiqués agissent sur l'activité exercées jusqu'ici, l'expert répond "que ceux-ci découlent des limitations fonctionnelles définies lors de l'expertise rhumatologique". S'agissant de la capacité résiduelle de travail, il indique qu'elle est de 70 % et que l'activité exercée jusqu'à ce jour peut être exigée à 50 %. Il lui est, par ailleurs, demandé depuis quand la recourante présente une incapacité de travail de 20 % au moins et comment ce degré a évolué depuis lors, ce à quoi il répond qu'une incapacité de travail d'au moins 20 % existe depuis janvier 1998 et que "cette incapacité de travail est de 70 % à partir de novembre 2004". Par avis du 10 octobre 2007, le SMR a indiqué, se fondant sur l'expertise gynécologique effectuée aux HUG et sur l'expertise médicale du Dr N_____, que la recourante présentait une capacité de travail de 70 % dans l'activité de lingère-repasseuse dès novembre 2004 et de 100 % dans une activité adaptée dès le 13 juillet 2005. Dans un certificat médical du 7 novembre 2007, la Dresse A_____ indique que la recourante présente de fréquentes diarrhées, de l'ordre de 10 selles par jour, qui lui paraissent représenter un handicap important dans le monde du travail, même avec les facilités d'accès aux lieux d'aisance, tel que préconisé par le Dr N_____. Selon elle, la recourante est totalement incapable de travailler. Elle suggère, en outre, une évaluation de l'état psychique de la recourante. En avril 2008, la recourante a été hospitalisée aux HUG, en raison de fissures anales et de diarrhées chroniques. Par décision sur opposition du 4 juillet 2008, l'OCAI a supprimé la rente d'invalidité de la recourante. Le 8 septembre 2008, la recourante a formé recours contre cette décision. Elle conclut, préalablement, à ce qu'il soit procédé à une expertise médicale pluridisciplinaire et, à titre principal, à l'annulation de la décision de l'OCAI et à la reconnaissance d'un droit à une rente entière d'invalidité à compter du deuxième mois suivant la notification de la décision du 1^{er} septembre 2005. La recourante remet en cause les conclusions de la Dresse K_____ concernant l'aspect digestif et

viscéral de sa santé, dans la mesure où ses constatations ne s'inscrivent pas dans le cadre du mandat qui lui a été confié, qu'elles ne relèvent pas de son domaine de spécialité, qu'elles se sont avérées erronées, vu la récurrence de ses fissures anales en 2007, et qu'elles ont été démenties par le Dr L _____ en 2008. La recourante remet également en cause la valeur probante de l'expertise du Dr N _____, qu'elle considère comme lacunaire. Elle relève, sur ce point, que les examens n'ont pas été suffisamment approfondis, l'examinateur n'ayant pas pris en considération son status abdominal. Elle soutient, par ailleurs, que les solutions qu'il apporte sont trop théoriques et inapplicables à sa situation. Dans sa réponse du 7 octobre 2008, l'OCAI conclut au rejet du recours. Il indique que la décision initiale se fondait exclusivement sur un rapport médical lacunaire parce que ne faisant aucune mention de la capacité de travail exigible dans une activité adaptée, de sorte qu'il y avait lieu de reconsidérer cette décision. Indépendamment de ce grief, il relève que les rapports médicaux dont il dispose font état d'une amélioration notable de l'état de santé de la recourante qui impliquait une révision de la décision. Après transmission de ces écritures à la recourante, le Tribunal a gardé la cause à juger, le 10 octobre 2008. 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) qui sont 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, est applicable au cas d'espèce. Le présent recours, interjeté dans les formes et délais prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA). Le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que, sur révision, l'intimé a supprimé la rente entière d'invalidité de la recourante à compter du 1^{er} novembre 2005. Préalablement, vu les explications de l'intimé en cours de procédure, il y a lieu d'examiner s'il convient de reconsidérer la décision d'octroi de la rente entière du 15 octobre 1999. Le principe selon lequel l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force qui n'a pas donné lieu à un jugement sur le fond, lorsque celle-ci est certainement erronée et que sa rectification revêt une importance appréciable, l'emporte sur la procédure de révision. 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. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 112 V 373 consid. 2c et 390 consid. 1b). Il est à relever que la reconsidération est désormais expressément prévue à l'art. 53 LPGA. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc 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. Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 n° 28 p. 158 consid. 3c). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (voir l'arrêt P. du 31 janvier 2003, déjà cité). Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une

reconsidération (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). 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 (ATF non publié du 25 avril 2007, I 823/05, consid. 3.2.1). En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (ATF non publié du 25 avril 2007, I 823/05, consid. 3.2.1 et les références). En l'espèce, l'intimé soutient qu'il y a lieu de reconsidérer la décision initiale, dans la mesure où l'OCAI ignorait la capacité de travail qui pouvait être exigée de la recourante dans une activité adaptée et qu'aucun médecin de l'office ne s'était formellement prononcé sur ses limitations fonctionnelles. Le Tribunal de céans ne partage pas cet avis. En effet, dans le rapport médical du 16 mars 1999, sur lequel se fonde la décision de l'OCAI, la Dresse A_____ a indiqué, dans la rubrique "description d'une activité adaptée", qu'aucune activité n'était possible actuellement. Cela laisse entendre, sans équivoque, que la recourante présentait une incapacité totale de travail, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. Le fait qu'un médecin de l'office n'ait pas procédé à un examen médical de la recourante et confirmé cette affirmation ne saurait justifier, à lui seul, une reconsidération de la décision. On rappellera, en effet, que la reconsidération n'entre en ligne de compte que lorsque la décision initiale apparaît sans nul doute erronée. Or, tel n'est pas le cas en l'occurrence, dans la mesure où la décision de l'OCAI se fonde sur un document médical pertinent, qu'aucun avis médical divergent n'a remis en cause. En outre, l'OCAI a confirmé cette décision, sur révision, en mars 2001. Par surabondance de moyens, on soulignera encore que les expertises menées dans le cadre de la présente révision ont confirmé la totale incapacité de travail de la recourante à l'époque où le droit à la rente lui a été reconnu. Partant, force est de constater que l'octroi d'une rente entière d'invalidité se justifiait et qu'il n'existe aucun motif de reconsidération. Reste à examiner, à présent, si l'intimé était fondé à supprimer, sur révision, le droit à la rente d'invalidité de la recourante. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 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 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; 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). Pour savoir si l'état de santé du recourant s'est modifié entre la décision d'octroi de la rente et celle de la suppression, il s'agit de comparer les faits essentiellement du point de vue médical, tels qu'ils étaient au moment des deux décisions respectives. Le Tribunal doit ainsi s'instruire en prenant connaissance des diverses pièces médicales versées à la procédure devant lui par les parties, et juger du poids respectif de celles-ci. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Une décision de révision vaut également comme base de référence lorsqu'elle a modifié la rente en cours en fixant un nouveau degré d'invalidité (ATF 109 V 262 consid. 4a). À l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente, sur demande ou d'office (ATF 133 V 108 consid. 5). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 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 261 consid. 4 et les références). 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 la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles

il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère ici clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciante ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (voir à ce sujet MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss., ainsi que PAYCHÈRE, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension, page 133 ss., in : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002; également ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). 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 permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Il convient en l'occurrence de comparer les faits tels qu'ils se présentaient en 2001, date à laquelle le droit à une rente d'invalidité a été revu et maintenu, avec ceux qui prévalaient en 2005, date à laquelle ce droit a été supprimé. A

cet égard, on rappellera que la recourante était totalement incapable de travailler, dans toute activité, en 1999 (cf. supra pt. 6). Le droit à la rente a été maintenu, en 2001, à la suite d'une première procédure de révision, sur la base d'un nouveau rapport médical de la Dresse A _____ qui attestait d'une incapacité totale de travail, tout en faisant état d'une nette amélioration de l'état de santé de la recourante et d'un bon pronostic sur le long terme. Lors de la seconde procédure de révision, initiée en 2004, l'intimé a ordonné une expertise rhumatologique, puis, sur opposition, à une expertise gynécologique et une expertise en médecine interne. Il ressort de ces trois pièces médicales que la recourante présente, depuis novembre 2004, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et une capacité de travail de 70 % dans l'activité de lingère-repasseuse. C'est sur cette base que l'OCAI a procédé à la suppression de la rente d'invalidité de la recourante à compter du 1^{er} novembre 2005. Cette dernière conteste toutefois la valeur probante de ces expertises, qu'elle juge trop succinctes et théoriques. S'agissant de l'expertise gynécologique de la Dresse K _____, qui tient sur 4 pages, elle est certes quelque peu succincte, mais elle n'en est pas moins basée sur un examen approfondi et détaillé de la recourante. Une anamnèse complète y est exposée, comprenant les antécédents familiaux, chirurgicaux et gynéco-obstétricaux de l'expertisée. Y figure également un résumé de sa situation actuelle. Dans le paragraphe qu'elle consacre à son anamnèse, la Dresse K _____ expose les plaintes de la recourante, qu'elle décrit comme des douleurs au niveau vaginal avec une dyspareunie profonde et une boule vaginale. Elle expose, ensuite, les constatations cliniques observées au niveau gynécologique, avant de poser des diagnostics précis et se prononcer sur leurs répercussions sur la capacité de travail. La recourante soutient que la Dresse K _____ aurait mis en évidence, à plusieurs reprises, l'aspect viscéral et digestif de son état de santé. Or, tel n'est pas ce qui ressort de la lecture de son expertise. On ne relève, en effet, qu'une seule phrase liée à ces deux aspects, soit celle précisément mis en exergue par la recourante, qui indique qu'à la suite d'une consultation, le Dr O _____ a constaté une fissure anale qu'il considère comme guérie et qu'il a prescrit du Bepantène solution pour traiter cette zone qui reste fragile. On observera, en premier lieu, que la Dresse K _____ n'a fait que reprendre les conclusions du Dr O _____, spécialiste en proctologie, sans émettre de jugement personnel sur le sujet. Cette indication s'inscrit, du reste, dans le cadre de l'anamnèse de la recourante, soit la partie de l'expertise consacrée à la synthèse des informations livrées à l'expert. Or, chacune de ces informations n'influence pas nécessairement l'appréciation faite par ce dernier, ce qui a précisément été le cas des conclusions du Dr O _____, qui n'apparaissent ni dans les observations relatives à l'examen clinique, ni dans les conclusions de l'expertise. La Dresse K _____ a, en effet, posé ses diagnostics et jugé de la capacité de travail de la recourante, se fondant exclusivement sur l'aspect gynécologique de sa santé. On ne saurait dès lors considérer, sur cette base, qu'elle aurait "mis en évidence" l'aspect viscéral et digestif de la santé de la recourante ou "débordé du mandat qui lui avait été confié", comme le soutient la recourante. Il n'existe dès lors aucun élément permettant de douter du bien-fondé de cette expertise. Pour ce qui concerne l'expertise en médecine interne du Dr N _____, sa lecture laisse apparaître qu'elle se fonde sur un examen approfondi de la recourante. L'expert expose une anamnèse complète, prenant en considération les pièces médicales figurant au dossier. Il fait état des plaintes de la recourante puis de son anamnèse systémique avant d'exposer son status clinique. Le fait qu'il n'ait fait aucune mention des rapports médicaux établis à la suite de ses hospitalisations et des certificats médicaux de son médecin traitant, comme le souligne la recourante, est sans pertinence, dans la mesure où les pièces médicales sur

lesquelles il se fonde suffisent à rendre compte de l'ensemble des atteintes dont souffre la recourante et de leur évolution, ce qui est précisément le but de l'anamnèse. Contrairement à ce que soutient la recourante, on ne peut considérer que le Dr N_____ ait centré son analyse sur l'appareil locomoteur de l'expertisée. La lecture de l'expertise laisse apparaître, en effet, que l'ensemble de ses troubles ont été pris en considération, tant dans l'anamnèse que dans le status clinique ou l'appréciation de son cas. Les diagnostics qu'il pose sont précis et l'expert explique quelles solutions il préconise pour pallier aux divers troubles dont souffre la recourante. Cette dernière remet toutefois en cause chacune de ces solutions, qu'elle considère comme inadaptées à sa situation. On relèvera, sur ce point, qu'elle fonde l'ensemble de son argumentation sur sa propre opinion, sans produire d'avis médical à l'appui. Elle relève, en outre, des éléments de fait dont l'expert avait pleinement connaissance au moment de l'expertise, tel que le régime alimentaire auquel elle est astreinte ou la cause de la présence de graisse dans ses selles. S'agissant de son hospitalisation subséquente, due à une récurrence des fissures anales, elle ne saurait remettre en cause les conclusions de l'expert. On constate, en effet, que la récurrence des fissures anales est fréquente chez la recourante et qu'elle avait déjà nécessité deux hospitalisations en 2007, soit avant l'expertise du Dr N_____. Il s'agit par conséquent d'un fait dont l'expert avait pleinement connaissance au jour de l'expertise et dont il a tenu compte dans ses conclusions. Il résulte de cette expertise une capacité de travail de 70 % dans l'activité de lingère-repasseuse et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Cela ressort, en effet, de l'appréciation du cas et c'est manifestement par erreur que l'expert mentionne, dans ses conclusions, une incapacité de 70 % dès novembre 2004. D'ailleurs, ses conclusions quant à la capacité de travail de la recourante rejoignent celles de l'expert rhumatologue et, dans une grande mesure, celle du médecin traitant, qui retenait une capacité de travail de 50 % dans le courant 2004. Certes, celui-ci a fait état d'une péjoration de l'état de santé à fin 2005, cependant non retenue par l'expert. Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans considère qu'il convient d'accorder une pleine valeur probante à l'expertise du Dr N_____. Quant à l'expertise du Dr I_____ du SMR, elle repose, à l'instar des deux autres expertises examinées ici, sur une étude fouillée. L'examineur a exposé l'anamnèse familiale, actuelle générale, systémique et professionnelle avant d'exposer le status clinique de la recourante. Il a ensuite posé des diagnostics précis et procédé à l'appréciation du cas pour finalement se prononcer sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail résiduelle. On constate ainsi que l'expertise remplit les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante, ce qui n'est, du reste, pas contesté par la recourante. Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans considère qu'il convient de suivre les conclusions de ces trois experts, qui sont convergentes. Il ressort de la synthèse de leurs expertises que la recourante présente une capacité de travail de 70 % dans l'activité habituelle de lingère-repasseuse et de 100 % dans une activité adaptée dès novembre 2004. Dans de telles circonstances, le droit à une rente d'invalidité ne peut être maintenu. En effet, selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail

équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé, sur la base du salaire statistique, et moyennant une déduction globale maximum de 25 % (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Le revenu de la personne valide se détermine, quant à lui, en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé. En l'occurrence, le calcul effectué par l'OCAI, au demeurant non contesté, se réfère à juste titre au dernier salaire réalisé par la recourante, réactualisé en 2004, comparé aux salaires statistiques de la même année, il laisse apparaître un très faible degré d'invalidité, soit 1,2 %. C'est ainsi à juste titre que l'OCAI a supprimé le droit à la rente, à compter du 1er novembre 2005 (art. 88bis, al. 2, let. a RAI). Mal fondé, le recours doit être rejeté. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), a apporté 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). Le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Vu l'issue du litige, un émolument de 200 fr. sera mis à charge de la recourante. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante. 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 Brigitte BABEL La présidente Isabelle DUBOIS Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le