

GE_GERICHTE A/368/2007 vom 6. Oktober 2000

GE Cour de justice, 2000-10-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_368_2007

FR: GE_GERICHTE A/368/2007 du 6 octobre 2000

IT: GE_GERICHTE A/368/2007 del 6 ottobre 2000

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 15.11.2007
A/368/2007

A/368/2007 ATAS/1276/2007 du 15.11.2007 (AI) , ADMIS Recours TF déposé le 08.01.2008, rendu le 09.10.2008, REJETE, 9C_15/2008 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/368/2007 ATAS/1276/2007 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 3 du 15 novembre 2007 En la cause Madame N_____, domiciliée , LES ACACIAS, représentée par ASSUAS recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Madame N_____, née en 1953, a travaillé en qualité de nettoyeuse pour la société X_____. SA à Genève à raison de 7h25 par jour, 5 jours par semaine, soit à un taux de 90 % (pce 14 OCAI). Par décision du 6 octobre 2000, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci- après : OCAI) lui a octroyé une rente entière d'invalidité, fondée sur un taux d'invalidité de 100 %, dès le mois de juillet 1999 (pce 17 OCAI). Il ressort de cette décision que l'assurée a été considérée comme personne active. Lors de l'instruction de la demande de prestations (pce 5 OCAI), l'OCAI a réuni, outre des données relatives à l'activité professionnelle exercée par l'assurée, les documents suivants : Un certificat médical du 2 décembre 1999 de la Division d'oncologie des (ci-après : "établissement hospitalier") attestant de la découverte d'une maladie coeliaque ayant motivé l'introduction d'un régime sans gluten (pce 9 OCAI). Un rapport de la doctoresse A_____ de la Division d'oncologie des "établissement hospitalier", du 3 février 2000 mentionnant que l'assurée était connue pour un lymphome malin anaplastique à grandes cellules D de localisation digestive, que ce dernier avait traité par résection chirurgicale puis 6 cycles de chimiothérapie, que le traitement y relatif était terminé depuis fin 1998, que la patiente était en rémission complète du point de vue oncologique, que depuis début 1999, elle présentait une symptomatologie de polyarthralgies diffuses avec discrète limitation fonctionnelle au niveau des genoux et des mains, que les investigations cliniques, biologiques et radiologiques réalisées avaient permis aux médecins rhumatologues de poser le diagnostic de fibromyalgie et qu'au vu de ladite symptomatologie articulaire, une reprise de l'activité professionnelle de concierge ne paraissait pas envisageable (pce 13 OCAI). Un rapport de la Clinique de Beau-Séjour du 16 juin 2000 dans lequel les médecins ont fait état d'une incapacité de travail entière depuis le mois de juillet 1998 et posé les diagnostics de lymphome malin non hodgkinien (juillet 1998), ostéoporose, fibromyalgie et maladie coeliaque. Concernant les plaintes et le status, ils ont mentionné des douleurs musculaires et articulaires diffuses dans le cadre d'une fibromyalgie, de multiples points douloureux, un état général conservé et l'absence de signe de récurrence du lymphome (pce 15 OCAI). En janvier 2005, l'OCAI a initié une procédure de révision du droit à la rente (pce 21 OCAI) et requis des informations de la part de l'assurée, qui a fait savoir que son état de santé s'était

aggravé et que l'aggravation consistait en des douleurs aux muscles, aux jambes (fibromyalgie) et en deux opérations pour un tunnel carpien (pce 22 OCAI). Elle a également produit un avis de son médecin traitant, le docteur B _____, du 3 janvier 2005, qui a posé les diagnostics de lymphome malin non hodgkinien B anaplastique à grandes cellules de grade II E en rémission complète après 6 cures de chimiothérapie en 1998, de résection de l'intestin en juillet 1998, d'ostéoporose, d'intolérance au gluten, de fibromyalgie, de syndrome des jambes sans repos. Le médecin a ajouté qu'une opération du tunnel carpien droit avait été pratiquée le 7 juillet 2003 et qu'une autre, du tunnel carpien gauche, était prévue. Le traitement suivi par la patiente consistait en la prise de calcium, de vitamine D, de Surmontil®, de Sifrol® et en l'observation d'un régime alimentaire sans gluten (pce 23 OCAI). Dans un rapport médical adressé à l'OCAI le 14 mars 2005 (pce 28 OCAI), le docteur B _____ a confirmé les diagnostics de lymphome B non hodgkinien de grade II en rémission complète, fibromyalgie et "restless leg syndrom", ainsi que ceux d'intolérance au gluten et d'ostéoporose (étant précisé que ces deux dernières affections étaient sans influence sur la capacité de travail). Le docteur B _____ a précisé que l'état de santé de sa patiente était stationnaire et qu'elle était très handicapée par les douleurs multiples en rapport avec la fibromyalgie. Compte tenu des dites douleurs, sa capacité de travail était nulle. Un avis du Service d'oncologie des "établissement hospitalier" était joint à ce rapport; les diagnostics posés par le médecin traitant y étaient repris et il y était souligné que la patiente présentait toujours les mêmes plaintes (à savoir des nualgies irradiant dans les épaules ainsi que des impatiences des membres inférieurs très gênantes la nuit). Quant à l'affection cancéreuse, il était conclu à la persistance d'une rémission complète à 6 ans et demi de la fin de la chimiothérapie. Une attestation du docteur B _____ du 13 septembre 2005 figure également au dossier (pce 31-11 OCAI). Outre les diagnostics déjà mentionnés, le médecin y fait état d'une coxarthrose gauche invalidante à la marche, sans indication opératoire et d'une intolérance à tous les agonistes dopaminergiques. Il souligne encore l'incapacité de travail de l'assurée, au vu de l'ensemble des pathologies qui représentent un handicap fonctionnel important. Appelé à se prononcer, le Service médical régional AI (ci-après : SMR) a constaté que l'assurée avait été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité en 1999 motivée par une incapacité de travail entière due, dans un premier temps, au traitement d'un lymphome avec résection de l'intestin grêle et chimiothérapie (traitement terminé fin 1998), puis à une fibromyalgie investiguée et diagnostiquée par le Service de rhumatologie des "établissement hospitalier". L'intéressée étant désormais en rémission, le SMR a estimé nécessaire de procéder à un examen rhumato-psychiatrique (pce 38 OCAI), lequel a été confié aux doctresses C _____, spécialiste en médecine physique et rééducation, et V _____, spécialiste en psychiatrie. Dans leur rapport du 21 octobre 2006 (pce 44-2 ss OCAI), ces médecins ont retenu les diagnostics suivants : fibromyalgie M79.0, gonarthrose débutante du genou droit asymptomatique M17.1, troubles de la statique rachidienne avec léger syndrome lombaire M54.5, intolérance au gluten, status post résection intestinale et chimiothérapie d'un lymphome digestif, status post opération d'un tunnel carpien bilatéral en 2003, respectivement 2005, syndrome des jambes sans repos. L'ensemble de ces affections a été considéré comme sans influence sur la capacité de travail et cette dernière a donc été fixée à 100 %, y compris dans l'ancienne activité de nettoyeuse. Toutefois, les médecins ont relevé certaines limitations fonctionnelles : ils ont préconisé d'éviter les positions statiques prolongées debout, en flexion-rotation du tronc, en porte-à-faux, accroupies et agenouillées, ainsi que le port de charges supérieures à 10 kg. L'appréciation

consensuelle du cas a mis en évidence, du point de vue rhumatologique, une fibromyalgie et d'autres atteintes minimes, à l'origine de quelques limitations fonctionnelles. Du point de vue psychiatrique, il a été constaté une "bonne constitution psychique chez une femme vive et intelligente, qui fonctionne bien dans sa vie quotidienne malgré sa scolarité restreinte". Il a été relevé que l'assurée n'a aucune plainte d'ordre psychiatrique et n'a jamais consulté de psychiatre; les médecins en ont tiré la conclusion qu'il n'y avait strictement aucune atteinte à la santé d'ordre psychique qui pourrait porter préjudice à sa capacité de travail. Dans le contexte du diagnostic de fibromyalgie, ils ont exclu tout trouble prémorbide de la personnalité et toute comorbidité psychiatrique. Ils ont relevé que les affections corporelles chroniques sont guéries depuis la rémission du lymphome fin 1998, qu'il n'y a pas de processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, que la symptomatologie douloureuse s'exacerbe progressivement selon l'assurée, mais qu'elle ne peut être corrélée à aucune atteinte objectivable, et qu'il n'y a pas de perte de l'intégration sociale, puisque l'assurée maintient un bon contact avec son mari et ses trois enfants, téléphone régulièrement à des proches et à sa famille et se rend avec son mari en Italie chaque année. Les médecins ont souligné que l'assurée se décrit comme quelqu'un qui a toujours été solitaire. Selon eux, le profit primaire tiré de la maladie pourrait être relié à l'apparition de la tumeur abdominale, suite à laquelle l'assurée a pu se considérer inapte au travail, comme ses parents, morts de cancer. Ils ont exprimé l'opinion que l'on ne peut parler d'échec de traitements conformes aux règles de l'art, puisque l'assurée ne prend aucun médicament antalgique (selon les indications de la patiente, celle-ci prendrait les médicaments suivants : Calcium-Sandoz®, Vi-Dé 3®, Surmontil 4® et Structum®). En fin de compte, les médecins ont conclu qu'aucun signe de gravité n'empêche l'assurée de fournir l'effort de volonté qu'on pourrait raisonnablement exiger d'elle pour reprendre une activité professionnelle. Les doctresses C_____ et V_____ ont estimé que l'octroi de la rente entière d'invalidité a été médicalement justifié à l'époque, dans un contexte de lymphome intestinal et de douleurs chroniques de type fibromyalgie. Elles ont expliqué qu'en règle générale, la reprise d'une activité professionnelle est possible un an après la fin d'une chimiothérapie et en ont tiré la conclusion qu'il n'y a plus aucun argument pour appuyer une incapacité de travail pour des raisons oncologiques dès lors que les médecins du Service d'oncologie des "établissement hospitalier" ont conclu à la persistance d'une rémission totale de l'atteinte cancéreuse dans leur rapport du 16 mars 2004. Selon les médecins du SMR, l'assurée a donc une pleine capacité de travail dès mars 2004, puisqu'elle ne remplit aucun des critères permettant de considérer son retour au travail comme non exigible. L'OCAI a fait parvenir à l'assurée, en date du 8 novembre 2006, un projet de décision prévoyant la suppression de la rente d'invalidité qui lui avait été versée jusqu'alors, motif pris de l'absence de diagnostic ayant une répercussion sur sa capacité de travail. Une capacité de travail de 100 % lui était reconnue dans toute activité professionnelle dès mars 2004 (pce 45 OCAI). Le docteur B_____ a réagi dans le cadre de la procédure d'audition par courrier du 22 novembre 2006 (pce 49-3 OCAI). Il y a mentionné que, compte tenu des multiples pathologies de sa patiente, l'état de santé de celle-ci s'était nettement dégradé. Il a estimé qu'il ne fallait pas considérer les affections diverses de façon isolée et que dans le cas de l'assurée, la fibromyalgie, le syndrome des jambes sans repos qui entraîne des troubles du sommeil importants, l'asthénie et l'intolérance à tout traitement médicamenteux justifiaient pleinement une incapacité de travail totale. Il a ajouté qu'étant donné la difficulté démontrée à traiter la fibromyalgie et l'inefficacité des antalgiques, il n'était pas possible de retenir, comme l'avaient fait les médecins examinateurs, que

l'absence de prise d'antalgique démontrait un échec du traitement de la maladie. Appelé à se prononcer sur ce rapport médical, le SMR, sous la plume de la doctoresse D_____, a conclu à l'absence d'éléments nouveaux susceptibles de modifier l'avis médical précédemment rendu (pce 53 OCAI). Par décision du 18 décembre 2006, l'OCAI a supprimé la rente d'invalidité versée à l'assurée à compter du 1^{er} mars 2007. Il a par ailleurs retiré l'effet suspensif à un éventuel recours (pce 54 OCAI). L'assurée interjette recours contre cette décision (mémoire de recours du 31 janvier 2007) en concluant à son annulation et au versement d'une rente entière d'invalidité. Elle fait grief aux experts mandatés par l'OCAI de n'avoir pas reconnu que les affections dont elle souffre ont une influence sur sa capacité de travail. Elle fait valoir que son anamnèse est très chargée. Elle estime que les médecins n'ont pas analysé son dossier de manière objective et affirme qu'elle ne peut pas reprendre une activité de nettoyeuse à 100 % vu son âge, sa situation socioculturelle et ses problèmes orthopédiques. A ce propos, elle produit un rapport médical du docteur E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique (pce 3 rec.), qui fait état d'un début de gonarthrose fémoro-tibiale interne du genou droit. Ladite pathologie a été traitée par infiltrations de viscosupplémentation, avec une efficacité de courte durée, les douleurs étant réapparues deux mois plus tard. Le médecin précise encore que le début de gonarthrose bilatérale va probablement s'aggraver et que, dans ces conditions, la reprise du travail en tant que nettoyeuse n'est pas envisageable. Cela étant, il admet que ce seul problème ne peut justifier une rente d'invalidité à 100 %. En date du 20 avril 2007, l'assurée a complété son recours et produit un certificat du docteur F_____, spécialiste en chirurgie et chirurgie de la main, du 30 janvier 2007, ainsi qu'un rapport du docteur G_____, spécialiste en rhumatologie, du 26 mars 2007. En substance, la recourante fait valoir qu'il est impossible de prétendre qu'elle a entièrement recouvré sa capacité de travail dès mars 2004, dès lors qu'elle a souffert de paresthésies au niveau du membre supérieur gauche, permanentes, qui ont conduit à une intervention chirurgicale (neurolyse) le 25 janvier 2005. Par ailleurs, elle souligne qu'elle se soumet, depuis longtemps, à un traitement médicamenteux incluant la prise d'un antidépresseur tricyclique à doses antalgiques, ainsi que d'anti-inflammatoires non stéroïdiens de façon intermittente, car elle les supporte mal en prise régulière. Elle s'appuie sur l'avis du docteur G_____ pour réaffirmer son incapacité à exercer une activité professionnelle, quelle qu'elle soit. Partant, elle persiste dans ses conclusions et s'en remet à justice quant à la détermination de son taux d'invalidité. Dans son rapport, le docteur G_____ mentionne que la recourante ne possède pas les ressources psychologiques lui permettant de faire face au syndrome de douleurs chroniques dont elle est atteinte. Il ajoute qu'elle présente en outre un état dépressif marqué (retrait social caractérisé par des contacts réguliers avec les seuls membres de sa famille et l'absence d'amis, irritabilité, manque de projets, etc.) et prend régulièrement des médicaments afin de diminuer sa symptomatologie douloureuse, contrairement à ce qui est mentionné dans les rapports de l'assurance-invalidité. En conclusion, le docteur G_____ estime que si, compte tenu de la situation juridique actuelle, on ne peut pas considérer sa patiente comme invalide à 100 %, il n'en demeure pas moins que d'un point de vue pragmatique, elle est incapable de faire face à une quelconque obligation professionnelle. Il propose finalement de retenir une capacité de travail avec diminution de rendement de 50 % dans une profession théorique adaptée (pas de port de charges lourdes, possibilité de changer souvent de position, pas de marche prolongée). Quant au docteur F_____, il expose les troubles présentés par la recourante au niveau des membres supérieurs : celle-ci a subi en date du 7 juillet 2003 une neurolyse du médian droit; les

paresthésies ont immédiatement disparu, contrairement aux douleurs, qui n'ont pu être éradiquées qu'après des séances de physiothérapie; des paresthésies étant également apparues du côté gauche, une neurolyse a été pratiquée de ce côté le 24 janvier 2005; les suites opératoires se sont révélées simples. Le praticien mentionne également des douleurs à la base du pouce, entraînant une maladresse, avec une tuméfaction de la trapézo-métacarpienne; la radiographie montre peut-être un léger pincement articulaire de la trapézo-métacarpienne sans diminution nette du cartilage; il en déduit qu'il s'agit d'une chondromalacie de la trapézo-métacarpienne gauche augurant le développement futur d'une arthrose à ce niveau; un traitement consistant en la prise de chondroprotecteurs et le port d'une attelle souple à la demande ont donc été proposés à la patiente. Le médecin estime que cet état ne devrait toutefois pas handicaper l'intéressée pour l'instant, mais qu'il est à prévoir qu'à moyen terme une rhizarthrose se développe, qui pourra devenir plus gênante.

Répondant au recours, l'OCAI relève que les nouveaux certificats médicaux produits par l'intéressée se limitent pour l'essentiel à attester de douleurs handicapantes empêchant la reprise d'une activité professionnelle, ce qui ne lui permet pas, au regard de la jurisprudence fédérale bien établie, de revoir sa position. Quant à l'état dépressif marqué mentionné par le docteur G _____, l'intimé met en avant le fait que ce diagnostic psychiatrique a été posé par un médecin non spécialisé en la matière (le docteur G _____ est rhumatologue); l'intimé fait valoir que, quoi qu'il en soit, une telle pathologie est de toute manière considérée comme une manifestation réactive accompagnant un trouble douloureux tel que celui de la recourante et ne permet donc pas non plus de modifier les conclusions auxquelles est parvenue l'administration. Partant, l'intimé conclut au rejet du recours et à la confirmation de sa décision. Le recourante a renoncé à répliquer, se contentant de persister dans ses conclusions. Sa prise de position a été transmise à l'intimé, sur quoi la cause a été gardée 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Le recours ayant été déposé dans le respect des forme et délai légaux, il y a lieu d'entrer en matière. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision litigieuse, du 18 décembre 2006, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI

consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI 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 (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Est litigieuse en l'espèce la suppression de la rente entière d'invalidité versée à la recourante. Singulièrement, il convient d'examiner si les conditions d'une révision du droit à la rente sont présentement remplies. a) 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). 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). b) 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 manifestement 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 122 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. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a7cc). 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 no 28 p. 158 consid. 3c). A l'inverse, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de

leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit de l'époque (arrêt du TFA en la cause P. du 14 août 2003 [I 790/01], consid, 3). a) En l'espèce, la décision initiale d'octroi de rente du 6 octobre 2000 repose sur les avis médicaux de la doctoresse H _____ et de la Clinique de Beau-Séjour, des 3 février 2000, respectivement 16 juin 2000. Ces médecins constataient à l'époque un lymphome malin anaplastique à grandes cellules D de localisation digestive, traité par résection chirurgicale puis 6 cycles de chimiothérapie, dont le traitement était terminé depuis fin 1998. La patiente était en rémission complète du point de vue oncologique. Ils faisaient également état d'une fibromyalgie - apparue au début 1999 - caractérisée par des douleurs musculaires et articulaires multiples et plusieurs points douloureux. Les seules plaintes rapportées de la patiente concernaient cette dernière affection, qui rendait la reprise d'une activité professionnelle impossible. Contrairement à ce que mentionnent les médecins du SMR dans leur rapport d'examen du 21 octobre 2006, il y a lieu de constater que l'incapacité de travail totale de longue durée a été reconnue en raison de la présence d'une fibromyalgie et non des suites du cancer intestinal. En effet, les suites de ce dernier (traitement et plaintes y relatives) étaient terminées au plus tard à fin 1998, soit moins de 6 mois après le début de l'incapacité de travail qui en découlait. Quand bien même une incapacité de travail serait généralement reconnue pour les suites d'un traitement par chimiothérapie durant une année après la fin du traitement, on ne saurait en tirer les mêmes conclusions que les docteurs C _____ et V _____. En effet, si tant est que la recourante eût été affectée dans sa capacité de travail durant une année par les suites de la chimiothérapie (ce qui n'est nullement attesté dans le cas présent), il n'en demeure pas moins que l'intimé lui a accordé une rente d'invalidité non limitée dans le temps et donc en raison d'une autre pathologie. Il a d'ailleurs fixé la révision en 2003, soit 4 ans après la fin dudit traitement. b) Au moment de la suppression de rente litigieuse, force est de constater que le tableau clinique présenté par la recourante ne diffère pas fondamentalement de celui présenté à l'époque de son octroi. Au contraire, il semble même s'être quelque peu péjoré avec la mention de nouvelles symptomatologies (gonarthrose débutante du genou droit, troubles de la statique rachidienne avec léger syndrome lombaire, syndrome des jambes sans repos pour ne retenir que ceux qui sont susceptibles d'avoir une répercussion, actuelle ou future, sur la capacité de travail) et une augmentation des plaintes douloureuses. c) Dans ces circonstances, il n'existe pas de modification notable de l'état de santé au sens de l'art. 17 LPGA et de la jurisprudence y relative citée ci-avant autorisant une révision du droit à la rente. Seule l'appréciation médicale diffère entre le moment de l'octroi de la rente et celui de la révision (on notera au passage que seuls les médecins du SMR font état de conclusions nouvelles à ce propos). Or, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas ; un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit ressortir clairement du dossier (p. ex. arrêt du TFA P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier : Urs MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). a) Un motif de révision n'entrant pas en ligne de compte dans le cas particulier, il convient d'examiner si la décision de suppression de rente peut être entérinée pour le motif substitué que la décision initiale (du 6 octobre 2000) est manifestement erronée et que sa rectification revêt une importance notable. b) Lors de l'octroi de la rente en 2000, l'administration a considéré que la recourante présentait une incapacité de travail, et partant de gain, de 100 %. Ce faisant, elle a occulté le fait que

l'intéressée n'était pas active à 100 %; elle travaillait en réalité à 90 %. Dès lors, l'intimé a omis d'entreprendre une enquête sur les empêchements rencontrés dans les activités habituelles (ménagères). La détermination du taux d'invalidité, telle qu'effectuée à l'époque, a donc été faite sur la base d'une méthode incompatible avec le statut de la recourante (statut mixte et non de personne active); cette erreur de qualification a également eu pour conséquence que l'intimé n'a pas procédé au nécessaire calcul du taux d'invalidité. Ce principe est clairement énoncé dans la législation et a été confirmé à maintes reprises par le Tribunal fédéral des assurances. En vertu de l'art. 27bis al. 1 RAI, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels au sens de l'art. 5 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002), l'invalidité est fixée selon l'art. 27 RAI pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité). Ainsi, il faut évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28 al. 2 LAI); on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité (ATF 130 V 395 consid. 3.3 et les références, 104 V 136 consid. 2a). Il suit de ce qui précède que la Cour de céans se doit de constater que la décision initiale est manifestement erronée. c) Toutefois et pour les motifs expliqués ci-après, la rectification de ladite décision ne revêt pas une importance notable. Le diagnostic principal figurant au dossier à l'époque de l'octroi de rente - qui est à l'origine de la reconnaissance d'une incapacité de travail entière dans toute activité - est celui de fibromyalgie. Dans un arrêt récent ayant trait à la fibromyalgie - diagnostic retenu par les médecins qui se sont prononcés sur l'état de santé de la recourante -, le Tribunal fédéral des assurances est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme douloureux. Celles-ci justifiaient, lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 70 consid. 4.1). Cette dernière énonce en substance que la reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité, vu la présomption selon laquelle les troubles en question ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés au nombre desquels figure au premier plan la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants, comme des affections corporelles chroniques, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le

droit à des prestations d'assurance (voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 et les références citées). Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale sur laquelle s'appuie le TFA, ils ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine et les références citées). Quand bien même, au moment de l'octroi de la rente d'invalidité, les critères présidant à la reconnaissance du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux étaient déjà restrictifs, sans être toutefois aussi sévères qu'actuellement, cela se révèle sans importance sur la présente cause. Les rapports médicaux au dossier n'ont jamais fait état d'un trouble somatoforme douloureux mais uniquement de fibromyalgie. Or, si la jurisprudence fédérale autorise dorénavant l'assimilation de la fibromyalgie à un trouble somatoforme douloureux, tel n'était pas le cas au moment de la prise de la première décision, puisque l'arrêt de principe a été publié aux ATF 132 V 70 consid. 4.1, soit en 2006 seulement. Dans la mesure où il est constant qu'un motif de reconsidération n'entre en ligne de compte que si la décision initiale apparaît manifestement erronée à la lumière des exigences valables à l'époque de son prononcé - et non pas à l'aune des critères fixés postérieurement -, il n'est point possible de revenir sur la décision d'octroi de rente en raison de l'absence des conditions posées à la reconnaissance du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux. En conséquence, c'est à juste titre que l'intimé a reconnu, en 2000, une incapacité de travail entière dans toute activité sur la base des rapports médicaux alors en sa possession. Certes, l'administration a omis de procéder à la détermination des empêchements rencontrés par la recourante dans l'exercice de ses activités habituelles. Mais dès lors que le taux d'invalidité, pour la part dévolue à l'activité professionnelle - exercée à hauteur de 90 % -, est de 100 % (incapacité totale de mettre à profit une quelconque capacité de travail et donc de gain), le taux global d'invalidité sur lequel aurait dû être fondé la rente versée se montait à un minimum de 90 % en application de la méthode mixte d'évaluation. Ce taux étant manifestement suffisant pour justifier l'octroi d'une rente entière d'invalidité, la correction de la décision initiale erronée de l'administration ne revêt nullement une importance cruciale en l'espèce. d) Il suit de ce qui précède que c'est à tort que l'intimé a supprimé la rente de la recourante, un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA, ainsi qu'un motif de reconsidération faisant clairement défaut en l'espèce. Le recours doit donc être admis et la décision attaquée annulée, l'intéressée ayant droit à la poursuite du versement de sa rente entière d'invalidité. La procédure n'est pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI). L'intimé, qui succombe, en supportera les frais, fixés en l'espèce à 200 fr., et versera à la recourante la somme de 1'000 fr. à titre de participation à ses dépens. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet. Annule la décision du 18 décembre 2006. Condamne l'intimé à verser à la recourante 1'000 fr. à titre de participation à ses dépens. Met un émolument de 200 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 Janine BOFFI La présidente Karine

STECK La secrétaire-juriste : Laurence SCHMID-PIQUEREZ 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.