

## **GE\_GERICHTE A/4496/2007 vom 27. August 2008**

GE Cour de justice, 2008-08-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4496\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4496_2007)

FR: GE\_GERICHTE A/4496/2007 du 27 août 2008

IT: GE\_GERICHTE A/4496/2007 del 27 agosto 2008

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 28.08.2008  
A/4496/2007

A/4496/2007 ATAS/934/2008 du 28.08.2008 ( AI ) , ADMIS En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/4496/2007  
ATAS/934/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES  
Chambre 5 du 27 août 2008 En la cause Madame P \_\_\_\_\_, domiciliée au  
GRAND-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître PONCET  
CARNICE Isabelle recourante contre OFFICE CANTONAL DE  
L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Le 9  
novembre 2000, P \_\_\_\_\_, née en 1957, a déposé une demande de prestations de  
l'assurance-invalidité. Selon le rapport d'expertise du 23 octobre 2000 du docteur  
A \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, pour le compte de l'assureur perte de gain de  
l'employeur, l'assurée souffrait de lombalgies et de sciatalgies droites en rapport avec une  
instabilité L4-L5 et une hernie discale au même niveau, depuis près de cinq ans. La hernie  
avait été opérée en février 2000 avec un résultat satisfaisant et il ne persistait que de  
discrètes sciatalgies en cas d'efforts importants. Les lombalgies mécaniques étaient  
maintenant au premier plan, s'exacerbant au moindre effort, à la position debout prolongée  
et après 20 minutes de marche. En théorie, une fixation L4-L5 (spondylodèse) était  
indiquée, mais, vu le contexte, une telle intervention risquait de ne pas améliorer la  
situation. Vu l'évolution et le status actuel, l'expert a estimé que l'incapacité de travail était  
totale et qu'il n'y avait pas d'espoir sérieux de reprise, même dans une activité adaptée, ni la  
position debout prolongée ni la position assise n'étant tolérées. Toutefois, sur le plan  
théorique, un travail à 50 % s'exerçant principalement en position assise, mais permettant  
quelques déplacements et n'exigeant aucun effort, serait exigible, tout en apparaissant  
irréaliste. Selon le rapport d'examen pluri-disciplinaire du 17 juillet 2002 des docteurs  
B \_\_\_\_\_ (spécialiste en rhumatologie) et C \_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie) du  
Service médical régional AI (ci-après : SMR), l'assurée ne disposait plus d'aucune capacité  
de travail en raison de lombosciatalgies droites chroniques persistantes, évoluant vers un  
trouble somatoforme douloureux, et d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen  
(F33.1), chez une personnalité dépendante à traits obsessionnels et narcissiques. Dans leur  
appréciation consensuelle du cas, les médecins relevaient que l'assurée était extrêmement  
tendue et craintive, adoptant un comportement d'évitement des douleurs permanent. Elle  
présentait, objectivement, des troubles tout à fait mineurs de la statique vertébrale, mais la  
mobilité du rachis était très limitée, particulièrement au niveau lombaire, sans déficit  
neurologique significatif. Des signes de non-organicité étaient mis en évidence.  
L'anamnèse continuait toutefois à être compatible avec une instabilité lombaire en faveur  
de laquelle parlaient les modifications des corps vertébraux de L4 et L5 sur les clichés IRM.  
La problématique douloureuse cervicale ne pouvait par contre pas être corroborée par des

manifestations fonctionnelles. En conclusion, compte tenu de l'importante intrication de problèmes organiques évidents et de manifestations de nature non organique, une évaluation objective de la situation en termes bio-mécaniques se révélait difficile. En retenant que la problématique lombaire, les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : nécessité d'alterner régulièrement (une fois par heure) la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 15 kg, aucun travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. L'activité habituelle de femme de chambre n'était définitivement plus exigible. Quant à une activité adaptée, elle était rendue impossible par le trouble dépressif récurrent, traité *lege artis* par le médecin traitant. Les troubles psychiatriques, dont l'évolution était qualifiée de défavorable eu égard à la persistance de signes dépressifs et anxieux lors de l'examen, constituaient une comorbidité au syndrome douloureux chronique et justifiaient une incapacité de travail de 100 % dans toute activité. Des mesures professionnelles n'étaient par ailleurs pas indiquées. L'atteinte somatique et psychique était installée de longue date, raison pour laquelle les médecins estimaient qu'une révision précoce du droit aux prestations n'était pas nécessaire. Par décision du 24 février 2002, l'assurée a été mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière à compter de janvier 2001. Le 16 mars 2004, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) a octroyé à l'assurée un corset (orthèse de tronc) sur prescription du neurochirurgien J\_\_\_\_\_. Le port de ce moyen auxiliaire était prévu pour plusieurs années. Le 31 août 2005, l'administration a mis en œuvre une procédure de révision du droit à la rente. Dans le questionnaire de révision qui lui a été adressé, l'intéressée a signalé que son état de santé s'aggravait depuis l'été 2004 (aggravation des douleurs diffuses). Selon son médecin traitant, le docteur D\_\_\_\_\_, l'état de santé était resté stationnaire depuis l'année 2000 avec une lombosciatique persistante. La doctoresse E\_\_\_\_\_, cheffe de clinique au sein du département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : HUG), a rendu un rapport d'expertise psychiatrique le 9 octobre 2006, sur mandat de l'OCAI. Son expertise, basée sur le dossier de l'assurée, un entretien de 120 minutes, la passation d'un test (échelle psychomotrice MADRS) et un entretien téléphonique avec la psychiatre traitante (doctoresse F\_\_\_\_\_), conclut aux diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen avec syndrome somatique (F33.1), probable syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). L'experte a considéré que du point de vue psychiatrique, l'incapacité de travail de l'assurée s'était améliorée depuis janvier 2001 et elle a fixé la capacité de travail résiduelle à 50 % sans diminution de rendement (dans un poste adapté à ses affections somatiques et aux douleurs, après une reprise progressive). Se prononçant au nom du SMR, la doctoresse G\_\_\_\_\_ a exposé, dans son rapport du 14 novembre 2006, mal comprendre comment un épisode dépressif actuel d'intensité légère à moyenne pouvait diminuer la capacité de travail de manière significative, au vu de l'absence au status d'éléments potentiellement incapacitants, tels un ralentissement psychomoteur, des troubles de la concentration, des troubles de la mémoire, une diminution significative de l'énergie psychique. Par ailleurs, elle a relevé que le status ne montrait pas la présence d'une anxiété psychique destructurante incapacitante (débordement de l'appareil psychique avec abolition de toute faculté de penser). Quant au syndrome somatoforme douloureux, l'absence d'une comorbidité psychiatrique incapacitante ainsi que le défaut des critères pour une invalidité (pas de retrait social dans tous les domaines de la vie) ne permettait pas de retenir une limitation à l'exercice d'une activité professionnelle adaptée à la pathologie somatique. Enfin, selon la doctoresse G\_\_\_\_\_, l'identité d'invalidité n'était pas une affection

psychique recevable. Dès lors, elle a conclu à une capacité de travail pleinement retrouvée dans une activité adaptée telle que décrite dans le rapport d'examen SMR du 17 juillet 2002 (nécessité d'alterner régulièrement, environ un fois par heure, la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 15 kg, aucun travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc). L'OCAI a dès lors confié un mandat à son service de réadaptation qui a fixé le taux d'invalidité à 32 %. Un reclassement professionnel n'était pas de nature à améliorer la capacité de gain de l'assurée et serait par ailleurs voué à l'échec, vu le statut d'invalidé dans lequel s'était ancrée l'intéressée. Le 13 juin 2007, l'OCAI a fait parvenir un projet de suppression de la rente d'invalidité à l'assurée qui s'y est opposée. Elle a notamment exposé, dans sa lettre du 26 juin 2007, ne plus pouvoir exercer son ancienne activité de femme de chambre, mais être disposée à ce que sa capacité de travail dans un poste adapté à ses problèmes de santé soit évaluée. Elle a également contesté qu'un reclassement serait voué à l'échec, car elle ne demandait rien d'autre que de pouvoir travailler sans avoir mal. Le 12 juillet 2007, le docteur D\_\_\_\_\_ a fait parvenir à l'administration un courrier par lequel il attestait que sa patiente était régulièrement suivie par sa psychiatre, la doctoresse F\_\_\_\_\_. En ce qui concerne l'état somatique, il relatait une nouvelle affection sous la forme d'une tendinite chronique de l'épaule droite, objectivée par échographie, qui entraînait des limitations fonctionnelles pour tous les gestes au-dessus de l'horizontale. Enfin, il faisait part de l'aggravation de la situation économique de l'assurée suite au départ de son conjoint du domicile conjugal. Sur demande de l'OCAI, la doctoresse F\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et de dysthymie, dans son rapport du 14 juillet 2007. Elle a précisé que la patiente la consultait depuis septembre 2004, à l'origine pour un problème d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique. Suite à un premier échec médicamenteux, un traitement par Efexor avait été introduit avec une amélioration sur le plan thymique, mais une fatigabilité et peu de motivation persistaient. Toutefois, depuis octobre 2006, le départ du mari constituait un facteur de stress qui avait replongé l'assurée dans une tristesse, avec insomnies et anxiété. Elle était actuellement en procédure de divorce. Il y avait donc lieu de réactualiser l'ancien diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère F32.1 qui justifierait, à lui seul, un arrêt de travail si l'intéressée était active. En dehors des épisodes dépressifs récurrents, celle-ci présentait une dysthymie qui engendrait, vu l'association avec le trouble somatoforme, une incapacité de travail durable de 50 %. Le docteur H\_\_\_\_\_ du SMR a apprécié la situation dans un avis du 15 août 2007. Il a fixé la capacité de travail à 50 % dès fin août 2005, vu les avis concordants de l'expert psychiatre et du psychiatre traitant. Les limitations fonctionnelles devaient être complétées par l'impossibilité d'effectuer des activités au-dessus de l'horizontale. A nouveau mandaté, le service de réadaptation a persisté dans sa position relative au refus de mesures de réadaptation. Il a par contre repris le calcul du taux d'invalidité, qu'il a fixé à 66 % en tenant compte d'une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité simple et répétitive et d'un abattement de 10 % sur le revenu statistique. En conséquence, l'OCAI a rendu un nouveau projet de diminution de la rente d'invalidité à un trois-quart de rente dès le 1<sup>er</sup> octobre 2007 (projet du 31 août 2007). L'assurée s'est opposée, par l'intermédiaire de son conseil, à cette diminution. Elle a notamment fait valoir que la réduction supplémentaire de 10 % était insuffisante. Par décision du 18 octobre 2007, l'OCAI a diminué la rente de l'assurée à un trois-quart de rente dès le 1<sup>er</sup> décembre 2007. Par acte du 19 novembre 2007, l'assurée interjette recours contre cette décision, dont elle requiert, sous

suite de dépens, l'annulation. A titre principal, elle conteste la capacité de travail résiduelle de 50 % qui a été retenue par l'OCAI, mettant en exergue l'avis de son rhumatologue traitant, le docteur D\_\_\_\_\_, et les nombreuses limitations fonctionnelles dont elle est affectée. Dans un second argument, elle fait valoir que la réduction de 10 % fixée par l'OCAI ne tient pas compte de l'ensemble des facteurs admis par la jurisprudence fédérale et que, dès lors, c'est un abattement de 25 % qui aurait dû être effectué. En pareilles circonstances, et quand bien même une capacité de travail résiduelle de 50 % devait être reconnue, le taux d'invalidité obtenu (71,5 %) serait supérieur au seuil requis pour le maintien de la rente entière d'invalidité. Dans sa réponse du 3 janvier 2008, l'OCAI conclut au rejet du recours. En substance, il estime que l'octroi initial de la rente était fondé sur la pathologie psychiatrique présentée par la recourante. Or, il ressort des documents au dossier que l'état de santé de l'intéressée s'est manifestement amélioré de ce point de vue-là, l'expert, le psychiatre traitant et le SMR constatant une capacité de travail résiduelle de 50 %. Quant aux affections somatiques, elles ont été prises en compte, mais ne justifient nullement une invalidité totale à elles seules. Enfin, c'est à bon droit que le service de réadaptation professionnelle a retenu un abattement de 10 %, les conditions permettant un taux de réduction supérieur n'étant pas remplies en l'espèce. L'OCAI a toutefois déclaré être prêt à revoir sa position relative à la mise en œuvre éventuelle de mesures d'ordre professionnel, pour autant que l'intéressée fasse part de sa motivation. Les parties ont persisté dans les termes et les conclusions de leurs précédents mémoires par actes des 31 janvier 2008, respectivement 13 mars 2008, l'OCAI ajoutant que les nouveaux documents médicaux produits en instance de recours n'apportaient pas d'élément susceptible de modifier l'évaluation médicale effectuée. Sur ce, 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'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi 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 interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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). 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). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). En revanche, les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision de la LAI), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, n'ont pas à être prises en considération dans le présent litige, l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision dont est recours étant antérieur. Déterminé par la

décision du 18 octobre 2007 et les conclusions des parties, l'objet du litige concerne la substitution, par voie de révision, de la rente entière d'invalidité servie à la recourante depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2001 par un trois-quart de rente dès le 1<sup>er</sup> décembre 2007. 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. Cette disposition 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). 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). Il n'y a toutefois 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 (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 2; ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (p. ex. ATFA du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier : Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Ruedi, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in : Schaffhauser/Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15). 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). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). 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 maladif, 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). 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 lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in : *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c). En l'espèce, la recourante s'est vue accorder une rente entière d'invalidité, fondée sur un taux d'invalidité de 100 %, en raison de lombosciatalgies droites chroniques persistantes évoluant vers un trouble

somatoforme douloureux et d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) chez une personnalité dépendante à traits obsessionnels et narcissiques. Ces diagnostics avaient été retenus principalement sur la base de deux rapports médicaux, l'un émanant du docteur A \_\_\_\_\_ pour le compte de l'assurance perte de gain, et l'autre du SMR. Le premier médecin avait considéré que les lombalgies mécaniques, au premier plan, s'exacerbaient au moindre effort, à la position debout prolongée et après 20 minutes de marche. Au vu de l'évolution et du status, il avait estimé l'incapacité de travail à 100 %, sans espoir sérieux d'une reprise d'activité professionnelle, même dans un travail adapté. Quant aux médecins du SMR, ils avaient retenu que la recourante présentait une évolution après cure de hernie discale L4-L5 vers un trouble somatoforme douloureux associé à un trouble dépressif récurrent qui entraînait une incapacité de travail totale dans toute activité. Ces atteintes somatique et psychique étaient installées de manière durable, raison pour laquelle une révision précoce n'était pas nécessaire (rapport d'examen SMR du 17 juillet 2002). Au moment déterminant de la décision de révision (le Tribunal de céans n'ayant pas à se prononcer sur les faits postérieurs, ce qui entraîne la non-prise en considération des pièces 23 à 25 produites par la recourante ; ATF 129 V 4 consid. 1.2 et les références), les atteintes somatiques connues étaient toujours présentes, mais aggravées, dans la mesure où l'intéressée portait désormais un corset (orthèse du tronc octroyée par l'intimée sur prescription du docteur J \_\_\_\_\_, neurochirurgien). Elle avait par ailleurs développé une tendinite chronique de l'épaule droite rendant impossibles toutes activités au-delà de l'horizontale. Le rapport du 20 avril 2007 du docteur I \_\_\_\_\_, radiologue, fait en outre état d'une bursite de l'épaule droite et d'une discrète bursite de l'épaule gauche. A ces affections clairement documentées cliniquement et fondées sur un substrat organique incontesté s'ajoutaient des plaintes douloureuses multiples, déjà connues en 2001, mais augmentées (cf. notamment le changement de la médication avec introduction de la morphine le soir, en sus des anti-inflammatoires/antalgiques ; rapport du docteur D \_\_\_\_\_ du 18 octobre 2007). Quant aux problèmes d'ordre psychiatrique, s'il est vrai que le trouble dépressif récurrent semblait s'être quelque peu amélioré au moment de l'expertise pratiquée par la doctoresse E \_\_\_\_\_ (qui faisait état d'un épisode actuel léger à moyen, tout en retenant le même code diagnostic - F33.1 - que celui déterminé en 2002), force est de constater que les symptômes se sont à nouveau péjorés ultérieurement. En effet, la doctoresse F \_\_\_\_\_ a fait état d'un épisode dépressif d'intensité moyenne à sévère. Celui-ci était en relation avec la procédure de divorce pendante. Il s'inscrit dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent, sujet à évolution par définition. Compte tenu du trouble de la personnalité dépendante diagnostiqué lors de l'examen du SMR en date du 3 juillet 2002, il paraît par ailleurs hautement vraisemblable, de l'avis du Tribunal de céans, que le trouble dépressif se soit péjoré à la suite de la séparation des époux. Ceci est d'autant plus probable que la recourante a décrit son conjoint, dans l'expertise de la doctoresse E \_\_\_\_\_ (p. 2), comme compréhensif et soutenant. Il constituait en outre son contact le plus investi. Dans ces circonstances, et au vu également des nombreux symptômes constatés par les médecins ayant examiné la recourante (diminution de l'intérêt et du plaisir, pleurs, tristesse, sommeil non réparateur voire insomnies, fatigabilité, anxiété généralisée, etc.), une amélioration notable de l'état de santé psychique ne peut être constatée au moment de la décision du 18 octobre 2007. Une amélioration durable, sans que des complications futures ne soient à craindre, apparaît également douteuse au regard de la seule expertise de la doctoresse E \_\_\_\_\_, puisque ce médecin diagnostique un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen, alors que le diagnostic retenu au moment

de l'octroi initial de rente était un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. En ce qui concerne le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux persistant, il convient de relever que celui-ci a été reconnu à l'époque par l'intimé. Il suit de ce qui précède que l'état de fait ne permettait pas à l'intimé de revoir les prestations octroyées sous l'angle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA. Reste à déterminer si la diminution du droit à la rente peut être confirmée, par substitution de motifs, sous l'angle de la reconsidération, explicitement réglementée à l'art. 53 al. 2 LPGA. L'administration peut en effet reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée, sur laquelle aucune autorité judiciaire ne s'est prononcée, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (Kieser, ATSG-Kommentar, Zurich 2003, ch. 18 ad art. 53). Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, 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 125 V 383 consid. 3 p. 389 sv., 119 V 475 consid. 1b/cc p. 479). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation des faits erronée résultant de l'appréciation des preuves. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne permettent pas de justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c p. 17, 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314). En ce qui concerne le trouble somatoforme douloureux persistant, une reconsidération n'entre en ligne de compte que si la décision initiale apparaît manifestement erronée compte tenu des exigences valables à l'époque de son prononcé et non pas à la lumière des critères plus restrictifs précisés postérieurement dans l'ATF 130 V 352, exposé ci-dessus (ATF du 25 juin 2007, I 138/07). 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 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 U 5/07 du 9 janvier 2008, consid. 5.2, 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007, consid. 2.2 et I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 2.2). En l'espèce, la recourante a été mise au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité au motif qu'elle présentait non seulement certaines affections somatiques, mais aussi un trouble somatoforme douloureux associé à un état dépressif récurrent d'intensité moyenne. Dans son rapport du 17 novembre 2006, la doctoresse G\_\_\_\_\_ a cependant nié le caractère invalidant de ce trouble, en se référant aux critères élaborés par la jurisprudence publiée aux ATF 130 352 en matière de trouble somatoforme douloureux. Or, cette jurisprudence, rendue en mars 2004, est postérieure à la décision initiale d'octroi de rente du 24 février 2002 (ATF non publié du 23 novembre 2007, I 901/06, consid. 4.2). Partant, une reconsidération de la décision initiale, en s'appuyant sur cette jurisprudence, doit être écartée. Il ne saurait par ailleurs être admis que la décision initiale était manifestement inexacte, au vu des rapports médicaux existants à l'époque. Il sied à cet égard à rappeler notamment que le Dr A\_\_\_\_\_ avait attesté, dans son expertise du 23 octobre 2000, une incapacité de travail totale en raison des seules atteintes somatiques et avait exclu tout espoir sérieux de reprise d'une activité professionnelle, la recourante ne supportant ni la position assise ni la position debout

prolongée. Or, depuis cette expertise, les atteintes physiques ne se sont non seulement pas améliorées, ce qui n'est pas contesté par l'intimé, mais au contraire péjorées et ceci de façon objectivable. La capacité de travail de la recourante avait également été évaluée à l'époque par un examen clinique pluridisciplinaire approfondi du SMR et celui-ci avait notamment constaté une discopathie L4-L5 sévère et une très probable instabilité à ce niveau, entraînant des limitations fonctionnelles importantes, tout en relevant des signes de non organicité majeurs. Néanmoins et en toute connaissance de cause, le SMR avait admis une incapacité de travail totale. Partant, le recours est bien fondé et la décision de diminution de rente doit être annulée. La procédure n'est pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI). L'intimé, qui succombe, supportera l'émolument de justice, fixé en l'espèce à 200 fr., et sera condamné à verser à la recourante la somme de 2'000 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 octobre 2007 de l'intimé. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 2'000 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 Claire CHAVANNES La présidente J\_\_\_\_\_ a CRAMER 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.