

# GE\_GERICHTE A/584/2008 vom 11. November 2008

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

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_584\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_584_2008)

FR: GE\_GERICHTE A/584/2008 du 11 novembre 2008

IT: GE\_GERICHTE A/584/2008 del 11 novembre 2008

## Erwägungen

### E. 1

Madame D \_\_\_\_\_, née en 1974, assistante en pharmacie, a déposé le 22 octobre 2003, une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à la prise en charge d'une rééducation dans la même profession et à l'octroi d'une rente. Elle souhaiterait rester au sein de la même entreprise, soit X \_\_\_\_\_ SA Genève, et à son poste à 50%, ou être replacée dans les bureaux. Elle allègue souffrir depuis janvier 2000 de douleurs et d'un blocage invalidants du dos qui ont nécessité une intervention chirurgicale le 17 juillet 2003. Elle est en arrêt maladie depuis le 28 août 2002. Dans un rapport du 4 novembre 2003, le Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant, a posé à titre de diagnostics avec influence sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques, une protrusion discale L5-S1, une instabilité lombaire du dernier segment depuis mars 2002 et un status post-stabilisation lombaire de type Dynésis au niveau L5-S1 (17 juillet 2003) et, à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, obésité. Il a indiqué qu'en qualité de vendeuse, sa patiente était incapable de travailler à 100% du 28 août au 13 octobre 2002, à 50% du 14 octobre au 18 novembre 2002, à 100% du 19 novembre au 1<sup>er</sup> décembre 2002, à 50% du 2 décembre 2002 au 20 janvier 2003, à 100% du 21 janvier au 9 novembre 2003 et à 50% à compter du 10 novembre 2003, vu l'amélioration de la symptomatologie. Il envisage la possibilité d'une activité lucrative dans le cadre d'un travail moins lourd, de type administratif, à 100%, dès que possible. Du questionnaire pour employeur établi le 7 novembre 2003, il résulte que l'assurée travaille comme assistante en pharmacie depuis le 18 janvier 2002 à plein temps, puis à raison de 36 heures par semaines depuis le 1<sup>er</sup> août 2002, soit neuf heures par jour, quatre jours par semaine. Le contrat de travail a été rompu par courrier du 24 novembre 2003, avec effet au 31 janvier 2004, en raison des très nombreuses et longues absences de l'assurée. Dans un rapport du 18 mai 2004, le Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, a retenu le diagnostic de lombalgies chroniques et de blocage itératifs depuis 2000. Il a également signalé la présence d'une surcharge pondérale. Le Dr L \_\_\_\_\_ a informé l'OCAI le 2 juin 2004 que la patiente était enceinte, ce qui aggravait le problème lombaire. Il a estimé l'incapacité de travail à 100% depuis novembre 2003 dans l'activité de vendeuse. Une tentative de reprise du travail à 50% s'était soldée par un échec. Par décision du 24 septembre 2004, l'OCAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, assortie d'une rente complémentaire pour enfants, à compter du 1<sup>er</sup> août 2003. Il lui a appliqué le statut mixte à raison de 90% comme assistante en pharmacie avec une incapacité de travail de 100% et de 10% en qualité de ménagère avec un empêchement de 30%. Dans le cadre de la révision du dossier initiée par l'OCAI en septembre 2005, l'assurée a indiqué que son état de santé s'était aggravé depuis avril 2005, en raison de douleurs plus fortes et persistantes. Le Dr L \_\_\_\_\_ a quant à lui déclaré, le 14 septembre 2005, que l'état était resté stationnaire. Il a confirmé l'incapacité de travail à

100% depuis novembre 2003 et précisé qu'une reprise de travail n'était pas envisageable actuellement vu l'évolution défavorable. Mandaté par l'OCAI, le Prof. N\_\_\_\_\_, rhumatologue au Centre hospitalier universitaire Vaudois, a établi un rapport d'expertise le 20 septembre 2006. Il a retenu à titre de diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques depuis janvier 2000 et une surcharge fonctionnelle avec plusieurs signes de non-organicité, et à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, une obésité présente depuis l'âge adulte jeune, une hypothyroïdie traitée présente depuis 1999, un status après opération des ménisques au genou gauche (1988) et un status après opération des ligaments externes de la cheville gauche (1989). Il a indiqué que l'assurée se plaignait de douleurs lombaires extrêmement marquées, douleurs essentiellement présentes aux changements de position, à la marche un peu prolongée et lors de stations debout prolongées. Ces douleurs n'ont guère été influencées par une intervention neurochirurgicale en juillet 2003. Aux douleurs habituelles se surajoutent actuellement des douleurs liées à la grossesse, situation qui a amené à faire un retrait des traitements AINS et analgésiques. D'ailleurs, lors de l'évaluation précédente en 2004, une aggravation liée à la deuxième grossesse avait également été mentionnée. Sur le plan rhumatologique le status est pauvre, il y a tout au plus une limitation de la mobilité lombaire dans les inflexions latérales ainsi que de très discrets troubles statiques dorsolombaires. Aucun déficit neurologique n'est détectable. La radiographie post-opératoire du rachis lombaire ne montre pas d'anomalie notable des disques intervertébraux et les vis paraissent être en situation parfaitement normale. Il est clair qu'une nouvelle radiographie de la colonne lombaire devrait être effectuée après l'accouchement prévu en janvier 2007. L'expert dit avoir été frappé par la présence de signes de surcharge fonctionnelle, nullement explicables par l'atteinte organique. Il admet dès lors que cette surcharge fonctionnelle est responsable en grande partie de l'incapacité de travail. Il évalue la capacité de travail de l'assurée à 60 ou 70% au moins et considère qu'elle devrait être à même d'assumer les tâches ménagères principales de son ménage avec des mesures ergonomiques. Elle pourrait travailler dans le cadre d'une activité adaptée, à raison de sept heures - sept heures et demi par jour si elle peut alterner les positions assise / debout en évitant le port de charges dépassant huit kilos avec les deux mains et les stations assises durant plus d'une heure sans un moment de détente 10. Dans une note du 30 octobre 2006, le Dr Q\_\_\_\_\_ du Service médical régional AI (ci-après SMR) a ainsi constaté qu'en dehors de la période péri-opératoire en 2003, la situation n'avait pas évolué et la capacité de travail de l'assurée avait toujours été de 80%. Au plan théorique il existe une petite diminution de rendement sur un travail de 7 heures à 7 heures 30 au moment de la reprise du travail. Actuellement il faut encore tenir compte de la grossesse mais l'expert indique la capacité de travail de 80% actuelle au cours de la grossesse. Il devrait donc s'agir d'une reconsidération. 11. Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 19 mars 2007. L'assurée a indiqué que si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 50% pour des raisons financières et pour avoir encore du temps pour ses trois enfants en bas âge. Elle a déclaré qu'elle reprendrait un travail avec un poste adapté, soit en position assise si l'occasion se présentait, mais n'a jamais entrepris des démarches en ce sens. L'enquêtrice a relevé que l'assurée se heurtait à des empêchements dans son ménage en raison de ses douleurs dorsales, mais qu'elle était mobile, se penchait en avant et se relevait sans problème. A noter qu'elle a aussi un surpoids qui rend les mouvements moins aisés. Il a été tenu compte, lors de l'évaluation, de l'aide apportée par le mari de l'assurée et de l'appartement relativement petit. Il a été conclu à un degré d'empêchement à accomplir les travaux ménagers de 14,2%. 12. Le 29 mars 2007,

l'OCAI a transmis à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel sa rente était supprimée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. 13. Par courrier du 26 avril 2007, l'assurée a informé l'OCAI qu'une des vis n'était plus à sa place et qu'une intervention devait être agendée afin de la repositionner. Elle a joint à son courrier une attestation du Dr L\_\_\_\_\_, une copie du rendez-vous pris avec le Dr O\_\_\_\_\_, neurochirurgien, le 22 mai 2007 et des rapports de la Clinique Générale Beaulieu. Invité à se déterminer, le Dr P\_\_\_\_\_ du SMR a relevé, dans une note du 7 mai 2007, que les nouveaux documents fournis par l'assurée n'apportaient aucun élément vraiment nouveau. Par courrier du 22 mai 2007, adressé au Dr L\_\_\_\_\_, le Dr O\_\_\_\_\_ fait part de son intention de réopérer l'assurée en vue de remédier aux irradiations sciatalgiques droites dont elle souffre. Le 30 juillet 2007, le Dr P\_\_\_\_\_ a constaté que la situation n'était pas stabilisée et a proposé de redemander un rapport au Dr O\_\_\_\_\_ dans environ trois mois. L'assurée a été informée que le projet de décision restait dès lors en suspens. Dans un rapport du 29 novembre 2007, le Dr O\_\_\_\_\_ a déclaré que : "je pense que le côté compression mécanique par le matériel est probablement résolu, les radiographies de contrôle, bien que montrant une position un peu ascendante des vis (à la limite disque-plateau supérieur pour L5) sont en place et sans compression radiculaire. Reste cette reprise, après un laps de temps libre de douleurs, de décharges aiguës cette fois-ci non mécaniques dans le membre inférieur droit. Ceci alternant avec des périodes où elle n'a strictement aucune douleur. Je pense qu'il s'agit de ce que nous appelons la "mémoire du nerf", soit des décharges en direction centrale consécutives à des destructions préalables de fibres ou réarrangement de fibres actuelles. Ceci pour dire que je ne suis pas trop inquiet par cette sémiologie de réminiscence de douleurs. A noter que la patiente garde un mental très positif en ayant nettement tendance à minimiser ses plaintes". Le 16 janvier 2008, le Dr P\_\_\_\_\_ a confirmé qu'aucun élément médical nouveau n'avait été apporté et que le rapport du Dr Q\_\_\_\_\_ restait valable. Par décision du 24 janvier 2008, l'OCAI a confirmé la suppression de la rente. L'assurée, représentée par Maître Diane BROTO-ANGHELOPOULO, a interjeté recours le 25 février 2008 contre ladite décision. Elle précise que le 6 février 2008, elle a été opérée par le Dr R\_\_\_\_\_ d'un by-pass gastrique en raison de son obésité morbide (BMI de 40,6 kg/m

## **E. 2**

La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. 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 sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 24 janvier 2008 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2002, le présent litige sera examiné à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). Il convient qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité.

## **E. 3**

En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux, est recevable, conformément à l'art. 60 LPGA. L'objet du litige porte sur le droit de l'OCAI de supprimer le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité. En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. 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). C'est le lieu de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage, principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Il en résulte que le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004 relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3%, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60% et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. Les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). a) Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver la révision de celle-ci. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATFA non publié du 28 décembre 2006, I 520/05). L'entrée en

vigueur de l'art. 17 LPGA sur les conditions d'une révision du droit à la rente n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés en ce domaine sous le régime du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, si bien que ceux-ci demeurent applicables (ATF 130 V 349 consid. 3.5). En particulier, savoir si l'on est en présence d'un motif de révision du droit à la rente suppose une modification notable du taux d'invalidité. Le point de savoir si un 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 existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il convient d'ajouter qu'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 (ATF 133 V 108 consid. 5 p.110 ss). Il n'y a en revanche 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. 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. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier: Urs MULLER, *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 (Rudolf 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). b) Conformément à l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une prochaine complication prochaine soit à craindre. Si l'incapacité de gain d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (cf. art. 88a al. 2 RAI). 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. 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 la jurisprudence citée). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la

provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATFA non publié du 21 mars 2006, I 247/05, consid. 1.2). 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). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). Il convient également de rappeler que, pour ce qui concerne 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) En l'espèce, il convient de comparer les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 24 septembre 2004 octroyant à l'assurée une rente entière, à ceux existant au moment de la décision litigieuse du 24 janvier 2008. En effet, dès lors que la première de ces deux décisions est entrée en force et qu'elle repose sur un examen matériel du droit à la rente, elle constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une éventuelle modification du degré d'invalidité. Le droit à une rente entière avait été reconnu à l'assurée à compter du 1<sup>er</sup> août 2003, sur la base des rapports de Drs L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_. Ceux-ci avaient attesté qu'elle souffrait de lombalgies chroniques et d'instabilité lombaire. Les médecins estimaient qu'elle était incapable de travailler depuis août 2002, à 100%, avec différentes périodes à 50%. Une reprise du travail à 50% avait été tentée en novembre 2003, en vain. Ils avaient attesté d'une incapacité de travail de 100% depuis lors. Par décision du 24 janvier 2008, l'OCAI a supprimé la rente d'invalidité jusque-là versée à l'assurée, au motif que, selon le rapport d'expertise du Prof. S\_\_\_\_\_ daté du 20 septembre 2006, celle-ci était capable de travailler dans le cadre d'une activité adaptée à raison de 7 heures - 7 heures 30 par jour. Force est de constater que le rapport du Prof. S\_\_\_\_\_ remplit tous les réquisits exigés par la jurisprudence permettant de lui attribuer pleine valeur probante. Ce médecin a procédé à un examen complet et effectué une anamnèse détaillée. Ses conclusions, fondées sur l'ensemble du dossier médical, sont claires et bien motivées, de sorte qu'il n'y a en principe pas lieu de s'en écarter. L'assurée considère néanmoins que son droit à la rente entière devrait être maintenu. Elle se réfère aux courriers de ses médecins

traitants des 20 et 21 février et 6 mai 2008. Le Tribunal de céans rappelle à cet égard que dans ces courriers, le Dr L\_\_\_\_\_ considère que les symptomatologies que sa patiente présente la rendent inapte à travailler même à temps partiel, le Dr M\_\_\_\_\_ confirme l'incapacité entière de travail en tout cas jusqu'en avril 2007, et le Dr O\_\_\_\_\_ atteste de l'incapacité entière de travailler comme aide en pharmacie. Il y a lieu de constater que tant l'expert que les médecins traitants ont retenu les mêmes diagnostics, qu'en revanche leur appréciation du cas est différente. Le Dr P\_\_\_\_\_ a du reste lui-même relevé que les discordances entre les avis médicaux viennent d'une évaluation différente d'une même situation. Il n'y a dès lors pas matière à révision en l'état. Il appartiendra toutefois à l'OCAI de réexaminer la situation rapidement, compte tenu des observations du Dr O\_\_\_\_\_ datées du 6 mai 2008, selon lesquelles il prévoyait un statu quo durant encore 6 mois au minimum. Reste à examiner si l'OCAI était en droit de reconsidérer sa décision du 24 septembre 2004. Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c p. 17, 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts 9C\_71/2008 du 14 mars 2008, consid. 2; U 5/07 du 9 janvier 2008, consid. 5.2; 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). Au regard de la sécurité juridique, une décision administrative entrée en force ne doit pouvoir être modifiée par le biais de la reconsidération que si elle se révèle manifestement erronée. Cette exigence évite que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre 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 paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (arrêt B. du 19 décembre 2002, I 222/02, consid. 3.2, et les références). Dans un ATF non publié du 13 août 2003, en la cause I 790/01, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a jugé que l'office de l'assurance-invalidité, qui disposait d'avis médicaux contradictoires, avait pris une décision d'octroi de rente manifestement erronée. L'administration s'était

contentée de statuer à la lumière de l'appréciation d'un des médecins, alors qu'il lui eut préalablement incombé d'élucider la divergence entre les deux certificats médicaux en ordonnant une expertise médicale. Ainsi, le dossier avait été insuffisamment instruit et la décision découlant de cette instruction lacunaire apparaissait manifestement erronée. Dans un ATF non publié du 4 juillet 2003, en la cause I 703/02, le TFA a estimé que l'office de l'assurance-invalidité, en présence d'un seul avis médical émanant du médecin traitant, avait certes procédé à une instruction lacunaire, mais sa décision, basée sur un rapport médical clair, n'apparaissait pas manifestement erronée. Le TFA a notamment relevé : « Comme le seul avis médical au dossier émane du médecin traitant de S., il aurait sans doute été opportun de soumettre le prénommé, au terme de son stage de réadaptation, à un examen médical circonstancié auprès d'un médecin indépendant. L'office de l'assurance-invalidité y a renoncé, sans que l'on puisse toutefois considérer que l'instruction menée était lacunaire à tel point qu'il n'ait pas satisfait à ses obligations légales en la matière (art. 57 LAI et 69 du règlement sur l'assurance-invalidité - RAI). Or, s'il apparaît ultérieurement, à la suite d'une nouvelle analyse de la situation, que l'appréciation médicale du cas à l'époque était critiquable, cela ne rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement erronée ». En l'espèce, l'OCAI s'était fondé sur les rapports des Drs L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ pour prendre sa décision du 24 septembre 2004. Le Dr L\_\_\_\_\_ plus particulièrement faisait état d'une incapacité de travail totale dans le cadre de l'activité lucrative. A noter qu'une tentative de reprise du travail avait été tentée en novembre 2003, sans succès. On ne saurait conclure dans ces conditions que la décision octroyant à l'assurée une rente entière était manifestement erronée. 15. Aussi le recours doit-il être admis et la décision du 24 février 2008 supprimant le droit de l'assurée à la rente entière sera annulée.

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