

## **GE\_GERICHTE A/937/2012 vom 10. Juli 2012**

GE Cour de justice, 2012-07-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_937\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_937_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/937/2012 du 10 juillet 2012

IT: GE\_GERICHTE A/937/2012 del 10 luglio 2012

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 10.07.2012 A/937/2012

A/937/2012 ATAS/906/2012 du 10.07.2012 ( AI ) , ADMIS Recours TF déposé le 14.09.2012, rendu le 27.11.2012, REJETE, 9C\_709/2012 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/937/2012 ATAS/906/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 10 juillet 2012 2ème Chambre En la cause Madame D\_\_\_\_\_, domiciliée à Thônex, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître STICHER Thierry recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Madame à D\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1952, de nationalité italienne, mariée et mère de deux enfants nés en 1969 et 1973, est arrivée en Suisse en 1968. L'assurée a travaillé à mi-temps comme nettoyeuse chez X\_\_\_\_\_ et à mi-temps comme concierge. Elle a obtenu un corset en thermoplastie par décision du 22 novembre 1993 de la commission cantonale de l'assurance-invalidité, en raison d'une hernie discale, puis elle a déposé le 24 septembre 1996 une demande de rente d'invalidité en raison des douleurs dorsales persistantes malgré l'intervention chirurgicale du 1 er février 1996. Les rapports médicaux alors réunis par l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI ou l'intimé) sont: a) le rapport du 15 novembre 1996 du Dr L\_\_\_\_\_, médecin-traitant de l'assuré, qui diagnostique une spondylolisthésis L4 avec hernie discale luxée dans son trajet intra-foraminal depuis 1991 et mentionne l'intervention chirurgicale du 1 er février 1996 pat spondylodèse (PLIF) L4-L5, l'assurée étant totalement incapable de travailler depuis le 23 janvier 1996. Le médecin répond par la négative aux questions de savoir si la capacité de travail peut être améliorée par des mesures médicales et si des mesures professionnelles sont indiquées. S'agissant de décrire une activité adaptée à l'invalidité, il indique "nous n'en voyons aucune". Les plaintes de la patiente sont des douleurs et blocages permanents malgré l'intervention chirurgicale de février 1996 et le médecin précise que tout effort sollicitant la participation de la colonne vertébrale est exclu; b) le rapport du 11 septembre 1996 du Dr M\_\_\_\_\_, neurologue, qui a examiné la patiente les 28 août et 11 septembre 1996. Il indique que les suites opératoires de l'intervention de février 1996 sont caractérisées par la persistance de la douleur et un enraidissement matinal. Les phénomènes douloureux apparaissent après environ une heure et demie d'efforts et se calment rapidement lorsque la patiente se couche. Les douleurs dans la région du deltoïde des deux côtés évoquent la possibilité d'une périarthrite scapulo-humérale. L'examen neurologique et l'électromyographie sont tous les deux normaux et le médecin estime que le tableau de la patiente est en rapport avec les troubles de la statique secondaire au fixateur lombaire. Les douleurs ont diminué sous Voltaren®, mais la patiente a présenté des effets secondaires par rapport à cette médication; c) le rapport du 23 juin 1996 du Dr N\_\_\_\_\_, radiologue,

ayant pratiqué une radiographie de la colonne lombo-sacrée et qui conclut au status après ostéosynthèse pour antérolisthésis L4 qui s'est transformée en une légère retrolisthésis d'environ 3 mm, à un élargissement du disque L4-L5 qui, avant l'opération, présentait un important pincement et une suspicion d'irrégularité du plateau supérieur du L5 avec quelques petites opacités en projection de l'espace L4-L5, à contrôler par scanner; d) les rapports des Drs O \_\_\_\_\_, P \_\_\_\_\_ et Q \_\_\_\_\_, du Service de neurochirurgie de l'Hôpital cantonal (HUG) des 16 février 1996 et 2 mai 1996 dont il ressort que l'assurée se plaint de lombalgies depuis plusieurs années, peut-être provoquées par une chute dans les escaliers en 1992. Plusieurs traitements conservateurs sont restés sans succès et les douleurs surtout lombaires irradiaient de temps à autre le long de la crête iliaque jusqu'au pli de l'haine et sur la face latérale de la cuisse droite jusqu'au genou. Les IRM, radiographies et EMG pratiqués en 1993 et 1996 montrent une spondylodèse de L4-L5, une discopathie avec protrusion au même niveau, une spondylolisthésis IV avec instabilité à ce niveau et une activité fibrillatoire dans le jambier antérieur droit. L'intervention chirurgicale pratiquée par le Dr Q \_\_\_\_\_ le 1<sup>er</sup> février 1996 a consisté en une spondylodèse L4-L5. L'assurée a séjourné à la Clinique de neurochirurgie jusqu'au 12 février 1996. Lors de la consultation du 30 avril 1996, le médecin relève la persistance d'un point douloureux au niveau bas de la cicatrice, sans irradiation, sans syndrome radiculaire et avec une mobilisation qui est assez bonne, la radiographie montrant le matériel en place et une bonne position des corps vertébraux L4-L5. Selon les rapports des employeurs des 19 et 20 novembre 1996, l'assurée a travaillé: a) depuis juin 1977 aux HUG, en qualité de nettoyeuse, à raison de 4h.05/jour pour un salaire mensuel de 2'560 fr. 05 depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1995; b) depuis avril 1979 pour une régie, en qualité de concierge, à raison de 4h./jour pour un salaire de 1'910 fr./mois depuis 1996 (1'880 fr. en 1995). Le 24 mars 1997, l'OAI a communiqué à la caisse de compensation les données relatives à l'assurée en vue du calcul de sa rente. Le genre d'invalidité est une maladie de longue durée et le degré d'invalidité est de 100% depuis le 23 janvier 1997. Par décision du 1<sup>er</sup> octobre 1997, l'assurée a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 1997. L'assurée a obtenu l'octroi d'une prothèse du sein le 25 octobre 2000, suite à un cancer. L'OAI a entrepris plusieurs procédures de révision comme suit: a) en octobre 2000, l'assurée indique que son état de santé s'est aggravé depuis l'opération. Le Dr R \_\_\_\_\_, médecin-traitant, atteste le 23 novembre 2000 que l'intervention de 1996 a diminué les douleurs radiculaires, mais pas du tout les douleurs lombaires, les investigations ayant conclu à non-consolidation de la spondylodèse et la seule solution proposée est une nouvelle intervention chirurgicale, que la patiente refuse au vu de l'échec de la première. Depuis 1996, elle souffre beaucoup de son dos, avec des lombalgies permanentes même au repos et, comme elle bouge très peu, elle a pris du poids, ce qui aggrave le problème, l'assurée ne parvenant même plus à assumer son ménage. En juin 2000, elle a été opérée d'un carcinome au sein gauche. Le médecin joint divers rapports médicaux. Celui du 6 mars 1998 du Dr S \_\_\_\_\_, neurochirurgien, envisage une non-consolidation de la spondylodèse, autrement dit d'une pseudo-arthrose. Le rapport du 11 mars 1998 du Dr T \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique confirme la spondylodèse non consolidée et une pseudo-arthrose avec instabilité résiduelle, l'assurée présentant des lombalgies invalidantes de type mécanique avec de temps à autre des paresthésies au niveau de la face antérieure de la cuisse gauche, les radiographies montrant la non-consolidation de la greffe; la seule solution est d'effectuer une ablation des cages et une nouvelle spondylodèse par voie antérieure, avec mise en compression de l'instrumentation postérieure pour restaurer la lordose qui n'est pas satisfaisante au niveau

L4-L5, la patiente n'étant pas très motivée pour une nouvelle intervention; b) en novembre 2002, le Dr R\_\_\_\_\_ indique que l'état de santé s'est aggravé, le problème du cancer du sein et son traitement ayant des répercussions négatives sur le problème de dos, en raison d'une prise de poids et de l'inactivité. L'OAI confirme en novembre 2002 le maintien de la rente entière; c) en juin 2004, l'assurée indique que son état de santé s'est aggravé depuis juillet 2000, concernant le cancer du sein, et est resté le même, s'agissant des douleurs dorsales et le Dr R\_\_\_\_\_ indique que l'état de santé est resté stationnaire, avec un traitement d'anti-inflammatoires. L'OAI confirme, le 17 juin 2004, le maintien d'une rente entière, pour un degré d'invalidité de 100%; d) en août 2009, l'assurée indique que son état de santé est toujours le même et le Dr R\_\_\_\_\_ indique que l'état de santé est resté stationnaire, qu'il ne peut pas s'améliorer vu qu'entretemps, l'assurée a pris des années et des anti-inflammatoires étant toujours prescrits. L'OAI confirme, le 18 septembre 2009, le maintien d'une rente d'invalidité entière, sans modification du droit. En 2010, l'institution de prévoyance interpelle l'OAI pour connaître la date de la prochaine révision et l'OAI entreprend, le 30 avril 2010, une cinquième révision de la rente d'invalidité. A cette occasion, l'assurée indique en mai 2010 que son état de santé est resté le même et le Dr R\_\_\_\_\_ indique que l'état de santé est stationnaire. Sur ce, le SMR mentionne le 2 septembre 2010 que lors de l'octroi de la rente, en 1997, il n'a pas été examiné si des mesures professionnelles étaient envisageables, le dossier étant trop succinct pour déterminer les limitations fonctionnelles ainsi que la capacité résiduelle et suggère une expertise rhumatologique chez la Dre U\_\_\_\_\_, rhumatologue. Le rapport d'expertise du 7 octobre 2010 de la Dre U\_\_\_\_\_, envoyé à l'OAI le 20 octobre 2010, est fondé sur l'ensemble des pièces médicales, y compris les imageries pratiquées le 14 et 15 octobre 2010 et un examen de la patiente durant 2h45. Le rapport contient une anamnèse détaillée, relate les plaintes de la patiente, soit dans l'ordre, des douleurs lombaires, sur les deux faces latérales des cuisses puis des sous-axillaires, thoraciques, de l'omoplate et du galbe de l'épaule à gauche, puis des douleurs du pied droit, des cervicalgies et en dernier lieu, d'une épine calcanéenne gauche. L'examen clinique est complet et, après rédaction de cette partie de l'expertise, l'expert examine à nouveau le dossier radiologique, suite aux rapports complémentaires des 14 et 15 octobre 2010, qui mentionnent une minime discopathie protusive L4-L5, une protusion discale avec phénomène de vide L3-L4, un discret foyer hyperactif en L3-L4 latéralisé à droite. L'expert retient les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de déconditionnement musculaire global, discopathie protusive, paramédiane et foraminale droite L3-L4, ostéophytose marginale en couronne, antélisthésis de L3-L4 depuis septembre 2007, un status après opération de spondylodèse par pliff le 1<sup>er</sup> février 1996, pour antélisthésis de L4 sur L5 et discopathie protusive; douleurs du pied droit, neurogène probable, d'origine indéterminée, ainsi qu'une série de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail (cervicarthrose C5-C6, reflux, tunnel carpien, épine calcanéenne, status après mastectomie et reconstruction mammaire, hypercholestérolémie, obésité). S'agissant de la discussion du cas, l'expert relève que l'assurée est peu nuancée sur l'intensité des douleurs et qu'elle doit donc en déduire qu'elles sont de caractère inflammatoire. L'examen clinique ne donne pas la possibilité de se faire une opinion certaine de l'état douloureux de l'assurée et, à l'anamnèse, les limitations fonctionnelles sont invérifiables, tout est très nébuleux dans les déclarations. L'expert ne note pas de contracture des muscles paravertébraux là où on s'attend à en trouver lors d'une atteinte radiculaire L3 ou L4, mais il n'est pas exclu que l'on sous-estime les contractures dans le contexte d'un déconditionnement musculaire important comme le présente l'expertisée. Il

est difficile de savoir si la sédentarité se justifie par des douleurs sévères ou par des habitudes confortables de vie, mais il n'y a pas d'expression d'une détresse douloureuse comme on s'y attend lorsqu'un patient mentionne une intensité de 7 sur 10, sans recherche de prise d'un traitement supplémentaire. La scintigraphie osseuse du 14 octobre 2010 confirme qu'il n'y a pas d'inflammation chronique liée à une instabilité de l'étage L4-L5. La comparaison des données des scanners ne montre pas d'aggravation de la discopathie ni de l'antélisthésis. Le fait que les vis aient tenu 14 ans après la spondylodèse confirment la solidité du greffon. La scintigraphie est un examen extrêmement sensible et l'absence de fixation du radiotracer laisse à penser que l'intensité des douleurs, de caractère constant, est improbable et les sacro-iliaques, de même que les autres sites déclarés douloureux, comme les pieds, l'épaule, les cervicales, ne sont pas signe d'une arthrose inflammatoire. S'agissant du carcinome, il n'y a ni récurrence, ni lymphoedème, ni masse gênant la mobilité du membre supérieur droit. Les douleurs au pied droit qui sont apparues au cours de l'année ne permettent pas de retenir un diagnostic précis, l'épine calcanéenne est asymptomatique et l'anamnèse concernant le tunnel carpien ne fait pas état de lâchage d'objets, l'examen clinique ne montrant pas de signe pour cette affection. Les cervicalgies présentes depuis octobre 2009 sont en rapport avec les troubles statiques du rachis. L'expert retient les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges excédant 15 kg, pas de port de charges de manière répétitive, pas de mouvement de flexion/extension et rotation répétitif dans les grandes amplitudes du rachis, limitation de la marche à raison d'une heure, reconductible après repos. Il n'y a pas de limitation du point de vue psychique. La probabilité d'une aggravation des lombalgies dans un métier de nettoyeuse et de conciergerie est fort probable, mais l'assurée peut travailler assise avec restriction de temps, possibilité de se lever régulièrement, en adaptant l'assise de la chaise et en portant une ceinture élastique de soutien lombaire. Elle peut travailler à 30% dans la conciergerie uniquement pour les tâches les plus légères et peut travailler 6h./jour, dans une activité adaptée, sans diminution de rendement. L'intégralité des rapports médicaux et d'imageries cités sont joints au rapport d'expertise. Le SMR mentionne, le 21 janvier 2011, que dans une activité adaptée, l'assurée dispose d'une capacité de travail de 100% de février 1997 à fin août 2007 et, depuis septembre 2007, suite à la découverte de l'antélisthésis, la capacité de travail est de 6h./jour (environ 75% de capacité de travail), en raison de l'antélisthésis qui entraîne des limitations fonctionnelles complémentaires. L'OAI détermine le degré d'invalidité en 1997 et en 2007. Il se fonde sur le salaire selon ESS, TA1, femme, total, niveau 4. En 1997, l'activité est exigible à 100% avec un abattement de 10%, en raison des limitations fonctionnelles et du fait que seule une activité légère est possible, de sorte que le salaire exigible est de 39'567 fr. Comparé au dernier salaire obtenu, réévalué à 1997 de 58'468 fr., le taux d'invalidité est de 32,3%. En 2007, pour une activité à 75%, avec un abattement de 25%, compte tenu des limitations fonctionnelles, le nombre d'années sans activité, du fait que seule une activité légère est possible et du temps partiel, le revenu exigible est de 28'714 fr. Le revenu sans invalidité, indexé à 2007, est de 67'362 fr., ce qui détermine un taux d'invalidité de 57,4%. Par projet du 5 octobre 2011, l'OAI reconsidère sa décision du 1<sup>er</sup> octobre 2007 (recte 1997), au motif que lors de l'octroi initial de la rente, la capacité de travail dans une activité adaptée n'avait pas été évaluée et que des mesures de réadaptation n'avaient pas été envisagées, la rente ayant été accordée sur la seule base d'un rapport médical du médecin-traitant, la décision initiale devant être qualifiée de manifestement erronée, puisque le taux d'invalidité était alors de 32%. En 2007, compte tenu de l'aggravation de l'état de santé, le taux d'invalidité était de 57,4%, de sorte que la rente

entière versée jusqu'alors est remplacée par une demi-rente dès le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. Par pli du 7 novembre 2011, l'assurée, représentée par son assurance protection juridique, conteste le projet de réduction de la rente, étant âgée de 59 ans, au bénéfice d'une rente entière depuis 14 ans, sans formation particulière ni réorientation, toute mesure de reconversion professionnelle étant vouée à l'échec, dans le cadre d'une utopique capacité de travail résiduelle. Elle joint à son courrier le pli du 24 octobre 2011 du Dr R\_\_\_\_\_ qui indique que la décision le choque, l'assurée ne pouvant exercer aucun métier sollicitant une charge physique, ne parvenant même pas à faire son ménage et, ne sachant pas écrire le français, elle ne peut pas exercer une activité de secrétariat, de téléphoniste ou n'importe quel travail dans un bureau, ni s'occuper de jeunes enfants ou faire la patrouilleuse, de sorte qu'il ne voit pas quelle activité adaptée est envisageable. Le SMR réplique le 15 décembre 2011 que la question de savoir quelle activité est adaptée n'est pas du ressort du médecin, mais de l'OAI. Par décision du 23 février 2012, l'OAI confirme son projet et réduit la rente d'invalidité à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2012. Par acte du 22 mars 2012, l'assurée, représentée par avocat, forme recours contre la décision. En substance, elle fait valoir que les conditions de la reconsidération ne sont pas réalisées, la décision du 1<sup>er</sup> octobre 1997 n'étant pas manifestement erronée, puisqu'elle est fondée sur le rapport du Dr L\_\_\_\_\_, qui mentionne qu'il n'y a pas d'activité adaptée à l'invalidité, et que les mesures professionnelles ne sont pas indiquées. Le point soulevé par l'OAI a ainsi fait l'objet d'une instruction médicale, l'absence d'expertise ne rendant pas la décision insoutenable et celle-ci ayant été confirmée après quatre révisions successives. Au surplus, l'expertise de la Dresse U\_\_\_\_\_ n'a pas de valeur probante, car elle ne tient pas compte des examens qu'elle a elle-même ordonnés et est empreinte de doutes et suppositions. Si par impossible la Cour n'était pas convaincue que la reconsidération ne se justifie pas, il conviendra alors d'instruire le dossier sous l'angle de l'aggravation de l'état de santé. Par pli du 23 avril 2012, l'OAI conclut au renvoi du dossier pour instruction complémentaire, sur la base de l'avis du SMR du 23 avril 2012, lequel retient qu'il y a clairement une aggravation de l'état de santé avec nécessité d'une intervention orthopédique lourde sur le rachis, qui devrait avoir lieu en juillet 2012. La situation n'est donc pas stabilisée, comme en témoigne le rapport du Dr V\_\_\_\_\_, du 10 février 2012. Avant d'impartir à l'OAI un délai pour conclure sur le fond, la Cour a interpellé l'assurée pour savoir si elle acceptait le renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le cadre de l'aggravation de l'état de santé, ce à quoi l'assurée s'est opposée, par pli du 2 mai 2012, estimant que la Cour doit statuer sur le principe de la reconsidération. La Cour impartit un délai à l'OAI pour déposer ses conclusions sur le fond, s'agissant de la décision de reconsidération. Par pli du 1<sup>er</sup> juin 2012, l'OAI fait valoir que l'aggravation de l'état de santé de la recourante est intervenue avant que la décision attaquée ne soit rendue, de sorte qu'elle fait partie de l'objet du litige. Dans le cas présent, la décision litigieuse se détermine, certes après reconsidération, sur un nouveau degré d'invalidité, se basant nécessairement sur l'état de santé de la recourante, lequel s'est modifié avant la décision et n'est en outre pas stabilisé, de sorte que l'instruction médicale n'est pas complète. L'OAI persiste à solliciter le renvoi pour instruction médicale complémentaire, le cas échéant conclut à ce que la Cour se charge de cette instruction et réserve ses conclusions sur le fond, qui ne peuvent, en l'état, être produites. Par pli du 14 juin 2012, l'assurée persiste à conclure à ce que la Cour statue sur le bien-fondé de la reconsidération, un renvoi à l'OAI ne pouvant se justifier qu'en cas de réponse positive. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la

loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 est applicable au cas d'espèce, la reconsidération intervenant en septembre 2010. Du point de vue matériel, l'examen des conditions d'octroi d'une rente d'invalidité en 1998 doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002, sans tenir compte de la LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, et les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision) et du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. Le litige porte sur le droit de l'OAI de reconsidérer sa décision d'octroi de 1998, en particulier sur le caractère manifestement erroné de celle-ci, la question d'une révision ne se posant pas. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 28 al. 2 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003 et art 16 LPGA au delà). 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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2000, consid. 1). En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins, ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable. a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres

d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175 ), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références). b) Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). a) En vertu de l'art. 53 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (al. 1<sup>er</sup>). L'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (al. 2). b) Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, qui formalise un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 133 V 50 consid. 4.1). 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, ATF 115 V 308 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée (ATF non publié 9C\_187/2007 du 30 avril 2008 consid. 4.3). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 5.2). c) 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. Le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence - à l'époque - de preuves de faits essentiels (ATF non publié 9C\_76/2010 du 24 août 2011 consid. 4.2). 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 (ATF non publiés 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). d) En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 399 consid. 2b/bb). Ce principe doit toutefois être relativisé quand le motif de reconsidération réside dans les conditions matérielles du droit à la prestation, dont la fixation nécessite certaines démarches et éléments d'appréciation (évaluations, appréciations de preuves, questions en rapport avec ce qui peut être raisonnablement exigé de l'assuré). De jurisprudence constante, une appréciation médicale différente ultérieure ne suffit pas pour faire apparaître comme manifestement erronée une décision initiale (ATFA non publié I 512/05 du 3 mai 2006 consid. 4.2). e) 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; ATF non publié 9C\_74/2008 du 17 juillet 2008 consid. 2). Si, par rapport à la situation de fait et de droit existant au moment de la décision entrée en force d'octroi de la prestation (ATF 125 V 383 consid. 3 et les références citées), le prononcé sur les conditions du droit apparaît soutenable, on ne saurait dans ce cas admettre le caractère sans nul doute erroné de la décision (ATF non publié du 2 juillet 2007, 9C\_215/2007, consid. 3.2). En l'espèce, l'OAI a octroyé une rente entière d'invalidité entière à l'assurée sur la base d'un taux d'invalidité de 100% par décision du 1<sup>er</sup> octobre 1997. Cette décision fait suite aux rapports des divers médecins - généraliste et spécialistes - ayant traité l'assurée depuis 1991, lorsque les douleurs lombaires ont commencé et après l'opération de février 1996, suite à laquelle les douleurs ont persisté. Il ressort en particulier du rapport médical du Dr L \_\_\_\_\_ que l'assurée est totalement incapable de travailler depuis janvier 1996 et que des mesures de réadaptation ne sont pas indiquées. S'agissant d'une activité adaptée à l'état de santé, le médecin indique - brièvement mais clairement - qu'il n'y en a pas. C'est donc sur la base de l'avis médical du médecin-traitant, selon lequel la persistance des douleurs empêche toute reprise d'activité et ce, malgré les consultations spécialisées auprès d'un neurologue et des examens radiologiques complémentaires documentés, que l'OAI a alloué une rente entière d'invalidité. Ce faisant, il a accordé pleine valeur probante aux rapports médicaux recueillis par ses soins, sans nécessité de procéder à un examen supplémentaire, voire à une expertise. Sur ces mêmes bases, l'OAI a renoncé à toute mesure de réadaptation, car la mise sur pied d'une mesure d'orientation, voire d'un reclassement n'a de sens qu'en présence d'une capacité résiduelle dans une activité adaptée. Or, celle-ci était exclue par le médecin traitant. C'est donc à tort que l'OAI prétend que la rente d'invalidité aurait été octroyée sans examen de la capacité dans une activité adaptée, ni examen du droit aux mesures de réadaptation. Ces questions avaient obtenu une réponse. Ainsi, par rapport à la situation de fait et de droit existant au moment de la décision d'octroi d'une rente entière d'invalidité le 1

er octobre 1997, le prononcé sur les conditions du droit était soutenable, de sorte que l'on ne saurait retenir que la décision était alors manifestement, c'est-à-dire sans aucun doute possible, erronée. D'ailleurs, le maintien de la rente après les révisions entreprises en 2000, 2002, 2004 et 2009 a également été fondé sur l'avis du médecin-traitant de l'assurée, confirmant soit une aggravation juste après le cancer du sein, soit un état stationnaire, de sorte que cet avis était jugé probant par l'OAI. En réduisant la rente sur la base de l'expertise de la Dresse U\_\_\_\_\_ et de l'avis du SMR, l'OAI procède à une nouvelle appréciation de la situation sur la base d'un examen médical plus approfondi, ce qui est exclu dans le cadre d'une reconsidération. Ainsi, l'OAI n'était pas fondé à reconsidérer sa décision d'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 1997, faute pour celle-ci d'être manifestement erronée. Il n'est donc pas nécessaire d'examiner si le rapport d'expertise de la Dresse U\_\_\_\_\_ est probant, étant relevé qu'une lecture attentive de celui-ci démontre qu'elle a tenu compte des résultats d'examen radiologiques des 14 et 15 octobre 2010, mais qu'elle formule en effet des affirmations sur la base d'hypothèses. Les contradictions des avis du SMR et les éventuelles carences de l'expertise soulevés par la recourante seraient peut-être de nature à douter de l'appréciation nouvellement faite par l'OAI de la capacité de travail de l'assurée et de son taux d'invalidité depuis le mois d'avril 2012, mais ces questions peuvent rester ouvertes, dès lors que la décision de reconsidération est mal fondée. De même, l'aggravation de l'état de santé qui serait intervenue entre l'expertise et la décision fait certes partie de l'objet du litige, mais n'est pas déterminante si la reconsidération n'est pas fondée. C'est ainsi que l'OAI, qui a d'abord conclu au renvoi du dossier pour instruction complémentaire, a expressément été invité à se prononcer sur le fond de la décision de reconsidération, car cette question doit être tranchée préalablement à celle d'une aggravation de l'état de santé, laquelle se pose seulement en cas d'admission de la reconsidération. L'OAI n'a pourtant pas jugé utile de se déterminer sur les griefs de la recourante, persistant ainsi dans la motivation de sa décision de reconsidération. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 23 février 2012 sera annulée au sens des considérants. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 3'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, eu égard au nombre d'écritures (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 200 fr. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet et annule la décision du 23 février 2012. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé. Condamne l'intimé au versement d'une indemnité de procédure de 3'000 fr. en faveur de la recourante. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); 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 Irène PONCET La présidente Sabina MASCOTTO 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.