

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1738/2007

ATAS/545/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 8

du 30 avril 2009

En la cause

Madame V _____, domiciliée au Grand-Lancy, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître KVICINSKY Didier

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Jean-Louis BERARDI, Président suppléant, Teresa SOARES et Luis ARIAS,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. V_____ (née en 1960) est au bénéfice d'une formation de téléxiste et titulaire d'un permis d'établissement. Mariée en novembre 1993 (et divorcée en 1995), elle est mère d'un enfant, né en 1990.
2. Avant la naissance de son fils, l'assurée a exercé l'activité de téléxiste durant une dizaine d'années auprès de différentes banques. En 1992, elle a travaillé au journal « La Suisse » comme manutentionnaire (manipulations des paquets de journaux). En raison des difficultés économiques de ce journal, son contrat de travail a été résilié pour le 31 octobre 1993.
3. Le 14 avril 1993, elle a été victime d'une chute depuis un escabeau, entraînant une incapacité totale de travailler, en raison d'un syndrome lombosciatalgique gauche et une hernie discale L5-S1 gauche. La Caisse nationale suisse d'assurance (CNA) a pris en charge le cas.
4. Par acte du 8 juin 1994, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal d'assurance-invalidité (OCAI), tendant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession, respectivement d'une rente.
5. Dans un rapport d'examen final du 22 septembre 1995, le Dr A_____, médecin d'arrondissement de la CNA (spécialisé en orthopédie et chirurgie), a retenu une tendance certaine, « même si partiellement inconsciente », à l'exagération des douleurs. Dans ses activités futures, l'assurée (droitière) devait éviter les sollicitations suivantes : ports de charges, stations debout ou assises prolongées ainsi que les marches d'une certaine durée, mouvement d'une certaine amplitude au niveau de la colonne vertébrale avec une certaine fréquence. Elle pourrait ainsi travailler avec un rendement total, mais en admettant une diminution du temps d'occupation de 1/4 à 1/3, lui permettant d'effectuer son activité en deux périodes, interrompues d'une pause plus longue pour se reposer.
6. Dans un rapport d'expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) du 28 mai 1996, mise en oeuvre par la CNA auprès du Centre multidisciplinaire de la douleur, l'assurée disposait, sur le plan somatique, d'une capacité de 50% à la date de l'examen, puis de 100% dès le 1^{er} décembre 1996. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail était « probablement » nulle, compte tenu d'une décompensation dépressive chez une personnalité prénévrotique, provoquant une amplification de sa symptomatologie douloureuse. Ces troubles n'étaient pas en relation avec la chute. Le pronostic était mauvais, compte tenu du contexte familial. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.
7. Par décision du 23 décembre 1996, l'OCAI a accordé à l'assurée une rente entière, sur la base d'un taux d'invalidité de 90% en raison de troubles psychiques, dès le

10 avril 1994, et d'une activité à temps partiel (34 heures par semaine). En outre, une révision du droit à la rente de l'assurée devait intervenir le 1^{er} juillet 1998.

8. Le 14 avril 2004, l'OCAI a finalement entrepris ladite procédure de révision. A cet effet, il a recueilli un rapport du Dr B_____, généraliste traitant, du 15 mars 2005, diagnostiquant des lombalgies chroniques / hernies discales L5/S1 récidivantes depuis 1993, ainsi qu'un état dépressif chronique. L'état de santé de la patiente s'aggravait. Dans sa précédente activité, l'incapacité de travail était totale depuis 1993. Dans une activité adaptée (position assise limitée à 1h. par jour ; alternance des positions assise et debout, sans inclinaison du buste, ni position accroupie, ni port de charge supérieure à 1 kg, ni parcours de marche supérieur à 100 m.), la capacité de travail était de 50%.
9. Dans un rapport du 23 août 2006, le département de sénologie des H.U.G. a attesté que la patiente présentait un carcinome canalaire invasif du sein gauche, mise en évidence le 24 avril 2006 et opérée le 7 juin suivant. Si elle n'était pas déjà à l'AI, la patiente aurait repris son activité de travail habituelle quelques semaines après la fin de son traitement (le 24 août 2006).
10. Dans un rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique du Service médical régional AI (SMR) du 13 décembre 2006 (examen du 31 octobre précédent), les Drs C_____, rhumatologue, et D_____, psychiatre, ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des dorso-lombalgies chroniques, non déficitaires dans un contexte de troubles statiques, de dégénérescence discale D7-8, D8-9 et d'un status post traitement chirurgical d'une hernie discale L5-S1 M54.9. Il n'existait aucun diagnostic d'un point de vue psychiatrique. Sans répercussion sur la capacité de travail, ces médecins ont retenu un status post carcinome canalaire invasif du sein gauche sans extension métastatique (traité par tumerectomie, radiothérapie et curiethérapie) ; des cervicalgies chroniques non déficitaires dans un contexte de discopathie C5-6 débutante ; une composante douloureuse de type fibromyalgique ; une dépression réactionnelle à une situation de divorce et à un accident en 1995, en rémission depuis plusieurs années (F 43.21). Dans l'activité habituelle, comme dans une activité adaptée, la capacité de travail exigible était de 70% (ou 2 x 3 heures par jour) depuis novembre 2006, étant précisé que ladite capacité était déterminée par la tolérance du rachis aux contraintes mécaniques et dans une moindre mesure par la tolérance du membre supérieur gauche qui devait progresser au fil des semaines. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail était de 100%.

Dans leur appréciation du cas, les experts ont en particulier retenu que l'intéressée assumait globalement son ménage, était bien entourée par son frère et sa famille qui habitaient dans le même immeuble. Elle cuisinait souvent pour des visites (famille et amis), avait de bonnes relations avec ses voisins qu'elle visitait souvent et ne s'ennuyait jamais. Il n'y avait pas de retrait social. En outre, elle présentait un

trouble du sommeil de gravité légère et ne décrivait pas une humeur dépressive présente pendant la plupart du temps, ni une souffrance issue directement des douleurs, présente pendant presque toute la journée et presque tous les jours et représentant son intérêt et le son souci principal. La capacité d'éprouver du plaisir était conservée. Sur le plan rhumatologique, elle avait un comportement algique, démonstratif. Il n'y avait pas de signe de sciatique, ni de cruralgie irritative, pas de déficit neurologique aux membres inférieurs. Globalement, le score de Wadell était négatif avec seulement 2/5 points. Il existait une réaction exagérée à la palpation, à l'examen en station debout. L'assurée présentait une hypersensibilité des tissus mous avec une composante de type fibromyalgique avec 8/18 points de Smythe, si bien que tous les critères n'étaient pas remplis pour retenir le diagnostic de fibromyalgie. L'examen montrait des signes en faveur d'une amplification des symptômes avec une participation incomplète de l'assurée, comme l'avait déjà relevé le Dr A_____ dans son examen de 1995. La lecture du dossier radiologique (radiographies de la colonne totale du 27 septembre 1999, des rachis cervical, dorsal et lombaire du 26 juillet 2001, ainsi que l'IRM lombaire du 26 juillet 2001) confirmait les troubles constatés à l'examen clinique, ainsi que des altérations des vertèbres dorsales parlant pour une ancienne maladie de Scheuermann. Les disques D7-8, D8-9 étaient déshydratés témoignant d'une dégénérescence débutante. Au niveau cervical, il existait un léger pincement C5-C6 évoquant une discopathie débutante. Les troubles statiques sous forme d'une hypercyphose dorsale importante, et d'une hyperlordose lombaire étaient indéniables. Il n'y avait cependant pas de syndrome rachidien, ni de déficit neurologique. Dans ce contexte, l'incapacité totale dans l'activité physique sédentaire de téléxiste n'était pas justifiable. D'un point de vue psychiatrique, la dépression réactionnelle à une situation de divorce et à un accident vécue en 1995, voire également en 1996, était en rémission depuis plusieurs années. L'assurée soulignait qu'elle était aujourd'hui dans le même état depuis de nombreuses années. Il n'existait pas de trouble somatoforme douloureux, ni de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. En particulier, il n'y avait pas de névrose profondément ancrée avec les douleurs comme symptôme principal (état « cristallisé »). La description des douleurs dépassant l'atteinte ostéoarticulaire était floue, imprécise et n'évoquait pas la compassion chez l'examineur.

Les limitations fonctionnelles suivantes ont été retenues : mouvements répétés de flexion-extension du rachis, attitude en porte-à-faux du tronc, port de charges supérieures à 9 kg ; position statique prolongée au-delà de 30 minutes, assise au-delà de 1h30. L'état du rachis ne permettait pas de justifier les limitations fonctionnelles sévères décrites par le médecin traitant avec 100 mètres de périmètre de marche au maximum et un port de charges de 1 kg. Spontanément, l'assurée avait décrit dans l'anamnèse qu'elle était capable de faire bien au-delà de ce qu'attestait le médecin traitant. Au membre supérieur gauche : pas de travail au-dessus de 90°, ni de port de charges supérieures à 5 kg.

11. Dans un avis du 29 décembre 2006, le SMR a repris et confirmé en substance les conclusions dudit rapport.
12. Dans un projet de décision du 10 janvier 2007, l'OCAI a retenu qu'il n'existait plus d'atteinte psychiatrique invalidante et a informé l'assurée qu'il envisageait de supprimer la rente dès le premier jour du 2^{ème} mois suivant la notification de « la présente décision », « le degré d'invalidité étant inférieur à 40% ». Un délai de 30 jours lui a été accordé pour faire part de ses déterminations.
13. Selon une note téléphonique de la gestionnaire du dossier AI du 12 janvier 2007, l'assurée a déclaré que, selon sa physiothérapeute, elle avait « peut-être une hernie discale ».
14. Par courrier du 25 janvier 2007, Me Didier KVICINSKY s'est constitué pour la défense des intérêts de l'assurée.
15. Par envoi du 6 février 2007, l'OCAI a transmis à ce conseil copie du dossier de sa mandante.
16. Par décision du 12 mars 2007, notifiée sous pli simple, et reçue le 15 suivant, l'OCAI a supprimé la rente, au motif que l'assurée n'avait amené aucun élément lui permettant de revoir sa décision « durant le délai légal de trente jours du droit d'être entendu ».
17. Par acte du (lundi) 30 avril 2007, posté le même jour, l'assurée a recouru contre cette décision, concluant à son annulation. Estimant qu'elle était « toujours invalide à 100% », elle a sollicité un délai au 30 juin 2007 pour produire des rapports complémentaires (notamment du Dr E _____, et de « Madame W _____ des HUG ») et compléter son recours.
18. Par courrier du 10 mai 2007, le Tribunal de céans a accordé le délai sollicité.
19. Par acte du 28 juin 2007, Me KVICINSKY a requis une prolongation dudit délai à fin août 2007, étant toujours dans l'attente des rapports médicaux annoncés.
20. Par courriers des 29 août, 5 novembre et 13 décembre 2007, Me KVICINSKY a requis des nouvelles prolongations de délai, régulièrement accordées par le Tribunal.
21. Par lettre du 31 janvier 2008, Me KVICINSKY a demandé un nouveau délai afin de solliciter d' « importantes précisions » au Dr E _____ (spécialisé en chirurgie orthopédique), ainsi qu'aux Drs F _____, chef de clinique au département de psychiatrie des HUG, G _____, de l'Institut d'imagerie médicale, et H _____, neurochirurgien, au vu des rapports « quelque peu succincts » établis par ces trois derniers médecins (rapports non joints à cet envoi).

22. Dans le nouveau délai imparti par le Tribunal, Me KVICINSKY a sollicité, par courrier du 27 mars 2008 (mentionnant en annexe un certificat du Dr F _____, non produit), un nouveau délai, afin de produire un rapport médical émanant « des psychiatres de la consultation pour famille », auprès desquels l'assurée n'avait pu obtenir un rendez-vous que « tout dernièrement ».
23. Le 24 avril 2008, ce conseil a requis un nouveau délai, faisant valoir que sa cliente souffrait actuellement d'une récurrence d'une tumeur cancéreuse qui l'obligeait à consacrer désormais tout son temps et son énergie à son nouveau problème.
24. Par courriers des 24 juin, 29 septembre, 10 octobre et 29 octobre 2008, Me KVICINSKY a encore requis des nouveaux délais (régulièrement accordés par le Tribunal de céans) pour verser les rapports médicaux en question.
25. Dans le complément au recours du 7 novembre 2008, ce conseil a exposé que l'état de santé de sa mandante s'était détérioré depuis 1994, tant sur le plan somatique que psychique. En particulier, celle-ci était traitée par la Dresse I _____, rhumatologue (sans préciser depuis quand), et suivie hebdomadairement par le Dr F _____ (sans non plus préciser le début de traitement), puis dès le 10 novembre 2008, par la Dresse J _____, également du département de psychiatrie des HUG. Concernant les limitations fonctionnelles retenues par l'OCAI, Me KVICINSKY a reproché au SMR de n'avoir apparemment effectué aucun test de marche, mais de s'être fié aux seuls dires de la recourante. Au surplus, il était illusoire de prétendre que celle-ci pouvait travailler à 70% en qualité de téléiste, dès lors que non seulement cette profession (apprise il y a plus de 20 ans) n'existait plus en tant que telle, mais encore ses limitations fonctionnelles ne lui permettaient plus de travailler. Par ailleurs, une nouvelle intervention en relation avec son cancer du sein était prévue le 11 novembre 2008, si bien qu'il convenait de lui permettre de compléter ses écritures sur ce point une fois connues les suites de ladite intervention. Enfin, il a signalé qu'il ferait parvenir au Tribunal de céans, sitôt reçus, les certificats médicaux qu'elle aurait dû obtenir « cette semaine ». Il a en outre requis l'audition des Dresses J _____ et I _____.

A l'appui de ses écritures, Me KVICINSKY a produit un rapport du Dr E _____ du 18 février 2008 (adressé à ce conseil), estimant que la patiente devrait être prise à 100% par l'assurance-invalidité, étant donné qu'il n'y avait aucune possibilité, compte tenu de son état et de son âge, de lui proposer un quelconque travail, respectivement une réinsertion professionnelle. Celle-ci souffrant d'une pathologie vertébrale et de séquelles d'un cancer du sein opéré ayant limité la fonction de l'épaule gauche, « on ne peut que voir s'aggraver par surcharge les douleurs vertébrales ».

Le mandataire a également transmis la première page d'un certificat du Dr H _____ du 31 juillet 2007 (adressé au Dr E _____), attestant que,

depuis la fin de sa radiothérapie pour traiter son cancer du sein, en septembre 2006, la patiente avait progressivement eu une augmentation des douleurs cervicales avec irradiations dans les épaules, surtout à gauche et de plus en plus de difficultés à mouvoir le membre supérieur gauche. Le praticien avait été frappé par la très mauvaise mobilité des deux épaules avec une quasi impossibilité à l'abduction élévation du membre supérieur gauche. Une IRM cervicale récente ne montrait que de vagues discopathies sans aucun signe de sténose ou de localisations secondaires. Il avait un doute concernant la 4^{ème} ou 5^{ème} vertèbre thoracique montrant une image dans le corps qui n'était pas décrite par le radiologue. La palpation percussion thoracique moyenne était douloureuse, mais la patiente disait que « ceci existait déjà à l'époque du Professeur Werner... ».

Enfin, il a indiqué que l'assurée allait subir une intervention chirurgicale le 11 novembre 2008 en relation avec le cancer du sein qu'elle avait eu en 2006 et a sollicité un délai pour compléter ses écritures, « les suites de cette intervention sur sa capacité de travail n'était pas encore connues ».

26. Dans sa réponse du 11 février 2009, l'OCAI a conclu au rejet du recours. En particulier, selon un avis médical du SMR du 10 janvier 2009, la lettre du Dr E_____ du 18 février 2008 ne contenait aucune documentation clinique, ni aucune évaluation de la fonctionnalité de l'assurée. L'office a en outre sollicité la production de la seconde page du certificat du Dr H_____ du 31 juillet 2007, sur lequel il n'était en l'état pas en mesure de son prononcer.
27. Par envoi du 2 mars 2009, Me KVICINSKY a produit la page manquante dudit certificat, précisant que, selon le Dr H_____, le problème actuel de la patiente n'était pas d'origine cervicale. Il s'agissait vraisemblablement d'une épaule gelée gauche sur probable radiothérapie, la patiente ayant d'elle-même, sur quelques conseils de proches, évité d'utiliser l'épaule et son membre supérieur gauches.
28. Par courrier du 17 mars 2009, Me KVICINSKY a été invité à produire les avis médicaux mentionnés dans son courrier au Tribunal du 31 janvier 2008 (Drs F_____, G_____, S et H_____), ainsi que le certificat du Dr F_____ indiqué dans son courrier du 27 mars 2008.
29. Le 19 mars 2009, ce conseil a transmis les documents suivants :
 - un certificat du Dr F_____ du 15 janvier 2008, attestant que sa patiente était traitée depuis le 7 février 2007 et que sa capacité de travail, « à réévaluer dans un mois », était nulle dès le 1^{er} janvier 2008 ;
 - un courrier du Dr F_____ adressé à Me KVICINSKY, du 4 février 2008, précisant qu'il n'était pas en mesure de se prononcer sur une incapacité de travail de plus longue durée, vu qu'il n'avait eu que des contacts ponctuels avec

la patiente, et qu'il avait proposé à l'assurée de contacter ses autres médecins (oncologues et psychiatres de la consultation pour les familles) qui l'avaient suivie sur une plus longue période et qui seraient plus à même de se prononcer ;

- un certificat du Dr E_____ du 18 février 2008 (déjà versé au dossier, supra : § 26).

30. Par courrier du 25 mars 2009, le Tribunal a accordé un nouveau délai à la recourante pour compléter la production des pièces demandées.

31. Par envoi du 31 mars 2009, Me KVICINSKY a produit une copie du certificat précité du Dr H_____ du 31 juillet 2007, ainsi qu'un rapport d'imagerie médicale du 19 juillet 2007 (IRM cervicale et dorsale), établi par le Dr G_____, lequel a diagnostiqué une discopathie C5-C6 avec uncarthrose, un discret rétrécissement des trous de conjugaison C5-C6 tant à droite qu'à gauche avec impression d'une minime hernie discale paramédiane gauche C5-C6. Il n'y avait pas de signe évocateur de lésion secondaire (notamment pas d'autre hernie discale significative, pas d'anomalie du cordon médullaire, ni d'indice en faveur d'une myélopathie, pas d'anomalie de la hauteur et du signal des corps vertébraux, ni anomalie de la hauteur).

Dans ce même courrier, Me KVICINSKY a expliqué que sa mandante n'avait plus de contact avec les Drs G_____ et H_____ depuis leur intervention en juillet 2007, si bien qu'il avait été décidé qu'il était inutile de leur demander si un suivi avait été effectué et de nouveaux rapports médicaux rendus.

32. Par courrier du 31 mars 2009 (transmis à la recourante), l'OCAI a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours. Selon l'avis complémentaire du SMR du 26 mars 2009, les certificats des Drs E_____ (18 février 2008) et H_____ (31 juillet 2007) ne présentaient en effet pas d'affection durablement incapacitante, malgré des traitements appliqués dans la règle de l'art. En particulier, le certificat du premier ne contenait pas les éléments de la symptomatologie ou les constatations objectives encore présents, ni les résultats d'examen paracliniques faits, ni les résultats des traitements appliqués ou les limitations fonctionnelles persistant malgré les soins appliqués.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

Il est dès lors matériellement compétent pour statuer en l'espèce.

2. Interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente et dans les formes prescrites, par une assuré directement touchée dans ses intérêts juridiquement protégés par la décision querellée, le présent recours est recevable (art. 56 ss de LPGA).
3. Le litige porte sur la suppression, par voie de révision, du droit de la recourante à une rente entière d'invalidité. Il s'agit en particulier de déterminer si l'invalidité de l'assurée s'est modifiée au point d'influencer son droit à la rente entre le 23 décembre 1996, date de la décision initiale d'octroi d'une rente entière, et le 12 mars 2007, date de la décision litigieuse par laquelle cette prestation a été supprimée.
4. La décision du 19 mars 2007 qui a mis fin à la procédure administrative constitue l'objet de la contestation soumise à l'autorité cantonale de recours. Elle définit également la limite temporelle jusqu'à laquelle s'étend en principe l'examen juridictionnel en cas de recours. Selon une jurisprudence constante, le juge apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242) consid. 2.1 p. 243, 129 V 1 consid. 1.2 p. 4, 127 V 466 consid. 1 p. 467, 116 V 246 consid. 1a p. 248).
5. La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) et la 5ème révision de la LAI du 6 octobre 2006 sont entrées en vigueur respectivement les 1er janvier 2003, 1er janvier 2004 et 1^{er} janvier 2008, entraînant de nombreuses modifications légales dans l'assurance-invalidité. Cela étant, ni la LPGA, ni la 4ème ou 5ème révision de l'AI n'ont modifié la notion d'invalidité, la manière d'évaluer le taux d'invalidité ni les conditions permettant de fixer le début du droit à la rente ou de modifier ce droit (ATF 130 V 343).
6. 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. 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 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 existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2).

L'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) prévoit que, si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'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 déterminant a duré trois mois déjà, sans

interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Quant à l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, il dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, le juge 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

7. Le juge apprécie librement les preuves, sans être liés par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Il doit ainsi 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et 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 certificat médical n'est ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe en particulier 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 des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATFA du 6 juin 2003, cause I 483/02, consid. 5.1).

En outre, 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 (eod. loc.). Il conviendra ainsi d'attacher plus de poids aux constatations faites par exemple par un spécialiste d'un centre d'observation de l'assurance-invalidité ou d'une clinique orthopédique universitaire, qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (cf. ATF 125 V 353 consid. 3b/cc).

Enfin, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 251 consid. 3b/bb p. 253). En effet, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un

mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; arrêt [du Tribunal fédéral] I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF du 7 novembre 2008, 9C_170/2008, consid. 4.1).

8. L'autorité administrative doit constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit (ATF 117 V 261 consid. 3b p. 263). Ainsi l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a p. 283). Quant au juge cantonal, il dispose d'une large liberté dans le choix des preuves qu'il entend administrer. Cette liberté est le corollaire de l'obligation à sa charge d'établir les faits déterminants pour l'issue du litige (art. 61 let. c LPG). S'agissant d'une expertise médicale, il a en principe la possibilité soit de commettre lui-même un expert soit de renvoyer la cause à l'administration pour qu'elle mette en œuvre une expertise (ATFA du 7 août 2003, cause I 656/02, consid. 3.3 ; RAMA 1993 p. 136).

Par ailleurs, dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 I 183 consid. 3.2).

9. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4e éd., Berne 1984, p. 136; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360) consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références). Aussi

n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (AATF 126 V 322 consid. 5a).

10. A l'appui de la décision litigieuse, l'OCAI s'est fondé sur le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 13 décembre 2006, selon lequel dans l'activité habituelle, comme dans une activité adaptée, la capacité de travail exigible était de 70% (ou 2 x 3 heures par jour) depuis novembre 2006.

Dans le cas particulier, on doit constater que ce rapport répond entièrement aux critères propres à lui conférer pleine valeur probante (cf. supra, § 7). Les spécialistes du SMR ont en effet explicité de façon circonstanciée et convaincante les raisons pour lesquelles ils ont retenu, dans leur appréciation consensuelle du cas, que l'assurée était à nouveau apte à travailler 70% depuis novembre 2006, tant dans l'ancienne activité de téléxiste que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Sur le plan somatique, ils ont ramené à 70% la capacité de travail exigible, - initialement fixée à 50%, puis à 100% dès décembre 1996 (cf. rapport d'expertise rhumatologique et psychiatrique du Centre multidisciplinaire du 28 mai 1996) dans la précédente décision du 23 décembre 1996 -, pour tenir compte en particulier des troubles statiques sous forme d'une hypercyphose dorsale importante, mis en évidence par les radiographies prises en 1999 et en 2001. L'expert rhumatologue a en outre explicité les motifs pour lesquels il n'avait pas retenu la totalité des limitations fonctionnelles posées par le Dr B _____ (pas de marche au-delà de 100 mètres, ni de port de charge supérieure à 1 kg), compte tenu en particulier des propres déclarations de l'expertisée (que celle-ci a du reste implicitement confirmées, en faisant grief à l'expert de s'être fié « aux seuls dires de la recourante ») (cf. mémoire complémentaire du 7 novembre 2008, p. 3).

Du point de vue psychique, l'expert psychiatre a constaté que l'intéressée ne présentait plus d'atteinte à la santé invalidante. A cet égard, il a en particulier expliqué que la dépression réactionnelle à une situation de divorce et à un accident, vécue en 1995, voire également en 1996, était en rémission depuis plusieurs années. L'assurée n'avait pas décrit d'humeur dépressive présente pendant la plupart du temps. Elle était bien entourée, ne s'ennuyait jamais, cuisinait souvent pour sa famille et ses amis, et avait de bonnes relations avec ses voisines qu'elle visitait souvent. Elle avait admis qu'elle était aujourd'hui dans le même état depuis de nombreuses années. Il n'existait en outre pas de trouble somatoforme douloureux, ni de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. En particulier, il n'y avait pas de névrose profondément ancrée avec les douleurs comme symptôme principal (état « cristallisé »). La description des douleurs dépassant l'atteinte ostéoarticulaire était floue, imprécise et n'évoquait pas la compassion chez l'examineur.

D'un autre côté, la recourante n'a amené aucun élément susceptible de mettre sérieusement en doute l'évaluation médicale et les conclusions données par les spécialistes précités.

En particulier, on ne saurait suivre l'appréciation du Dr E_____ (chirurgien orthopédiste) du 18 février 2008, estimant que sa patiente « devrait être prise à 100% par l'assurance-invalidité », au motif qu'il n'y avait aucune possibilité, compte tenu de son état et de son âge (48 ans), de lui proposer un quelconque travail. En effet, cette appréciation n'est pas, dans le domaine de l'assurance-invalidité, du ressort du médecin et ne lie donc pas l'office AI, car c'est à cette administration qu'il incombe de trancher cette question de droit (cf. art. 28 al. 2 LAI) (ATF du 4 juin 2003, I 748/02, consid. 4.2). Quant à l'affirmation, selon laquelle on « ne peut que voir s'aggraver par surcharge les douleurs vertébrales », elle n'est nullement étayée, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte.

Au demeurant, une totale incapacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée (si l'on doit interpréter dans ce sens les conclusions du Dr E_____) n'est pas même retenue par le Dr B_____, médecin traitant, lequel estime, quant à lui, que sa patiente dispose d'une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée (rapport du 14 avril 2004).

De plus, si l'on devait s'en tenir à cette dernière estimation du Dr B_____, on devrait déjà constater que la capacité de travail de l'assurée s'est effectivement améliorée depuis la décision initiale 23 décembre 1996, dans la mesure où l'OCAI avait retenu, à l'époque, une incapacité de travail totale sur le plan psychiatrique.

Par ailleurs, l'estimation de 50% effectuée par le Dr B_____ (au lieu du taux de 70% retenu par l'OCAI) émane d'un praticien qui n'est pas spécialisé en rhumatologie, orthopédie ou psychiatrie (mais généraliste). A cela s'ajoute que le Dr B_____ est le médecin traitant – lequel 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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc). Celui-ci se fonde en outre en grande partie sur les indications subjectives (non vérifiées) de sa patiente, si bien que son avis ne saurait emporter la conviction (cf. VSI 2002/2, p. 67). A cet égard, on rappellera que compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle) (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2).

Quant au Dr F_____, psychiatre traitant ayant suivi l'assurée de février 2007 à novembre 2008, il a uniquement attesté que sa patiente avait subi une incapacité de travail, d'une durée limitée à un mois, en janvier 2008 (avis des 15 janvier et 4 février 2008), alors même qu'il a suivi celle-ci « hebdomadairement » depuis février 2007 (mémoire complémentaire du 7 novembre 2008, p. 3). On doit dès lors en inférer que, contrairement à ce qu'a prétendu la recourante dans son complément au

recours du 7 novembre 2008, son état de santé, sur le plan psychique, s'était effectivement durablement amélioré au moment du prononcé de la décision litigieuse du 12 mars 2007. Incidemment, on relèvera qu'en affirmant que, sur le plan psychique, son état de santé s'était « péjoré » (ibid), la recourante laisse entendre, a contrario, que la décompensation dépressive dont elle souffrait en 1996 (et qui avait entraîné une incapacité de travail à 100% lors de la décision initiale du 23 décembre 1996) avait bien, à tout le moins, évolué favorablement dans l'intervalle.

Enfin, c'est le lieu de rappeler que le principe inquisitoire n'est pas absolu et que sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (cf. ci-dessus, § 8). Or, en l'occurrence, postérieurement au projet de décision de l'OCAI du 10 janvier 2007, soit depuis plus de deux années, et malgré les multiples prolongations de délai accordées, à sa demande, durant la présente procédure, la recourante, assistée de surcroît d'un avocat, n'a pas produit d'éléments médicaux permettant de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que son état psychique était resté inchangé entre la décision initiale de l'OCAI du 23 décembre 1996 et la décision sur révision du 12 mars 2007. Il faut en déduire que tel n'a pas été le cas, mais bien plutôt convenir, avec les experts du SMR qui ont examiné la recourante le 31 octobre 2006, que son état dépressif étaient alors en rémission depuis « de nombreuses années ».

12. Cela étant, il ne se justifie pas de donner suite à la requête de la recourante d'entendre le Dr E_____, ou W_____ (laquelle n'apparaît du reste pas être médecin), respectivement les Dresses J_____ (psychiatre) et I_____ (rhumatologue) (cf. appréciation anticipée des preuves : ATF 124 V 94 consid. 4b).
13. A toutes fins utiles, on rappellera qu'une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assurée, survenue postérieurement à la décision litigieuse, n'a pas à être prise en considération dans le cadre de la présente procédure (cf. supra, consid. 4 ; ATF 131 V 242). Il n'y a dès lors pas lieu d'octroyer à la recourante, comme elle le requiert (cf. mémoire complémentaire du 7 novembre 2008, p. 4), un délai supplémentaire pour compléter ses écritures eu égard à l'intervention chirurgicale que celle-ci a dû subir le 11 novembre 2008 en relation avec le cancer du sein dont elle avait été opérée en juin 2006.
14. Vu ce qui précède, c'est à juste titre que l'OCAI a retenu un taux d'invalidité de 30% en l'occurrence, dans la mesure où l'assurée, dans son ancienne activité de téléxiste, ne disposait plus que d'une capacité de travail (et de gain) de 70%. Ce taux ne donne pas droit à une rente (art. 28 al. 2 LAI a contrario), si bien que la décision de suppression de rente du 12 mars 2007 est bien fondée.
15. Partant, le recours doit être rejeté.

16. Même si la recourante succombe, il n'y a pas lieu de percevoir un émolument pour les frais de justice, dès lors que celle-ci a été mise au bénéfice de l'assistance juridique (cf. art. 6 let. a du règlement sur l'assistance juridique du 13 mars 1996 ; art. 69 al. 1bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare recevable le recours ;

Au fond :

2. Le rejette ;
3. Met un émolument de fr. 200.- à la charge de la recourante ;
4. 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

Le Président suppléant

Florence SCHMUTZ

Jean-Louis BERARDI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le