

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2011/2007

ATAS/182/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 2**

**du 19 février 2008**

En la cause

Madame A \_\_\_\_\_, domiciliée à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître JUNOD Pascal

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Isabelle DUBOIS , Présidente; Anne REISER et Eugen MAGYARI , Juges  
assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après la recourante), ressortissante espagnole, vit en Suisse depuis 1982. Sans formation professionnelle, elle a travaillé jusqu'en 1996 comme nettoyeuse.
2. Par courrier du 22 mai 1996, adressé à la clinique de rhumatologie, service rhumatologie ambulatoire à l'Hôpital de Beau Séjour, le Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et à l'époque médecin traitant de la recourante, a signalé que celle-ci était en arrêt de travail depuis le 1<sup>er</sup> mars 1996 suite à une douleur aiguë, soudaine, s'étant produite en soulevant un chauffe biberon. Elle souffrait d'une part de douleur ostéo-articulaire et musculaire au niveau de la colonne cervico-dorsale et lombaire entraînant des contractures et d'autre part de torticolis au niveau de l'articulation de la nuque qui était bloquée dans toutes les positions. Une tentative de reprise de travail à 50% avait échoué. En outre, le médecin a indiqué que la recourante présentait également un état dépressif, en raison de graves conflits conjugaux. Enfin, il a indiqué qu'elle souffrait d'un asthme persistant relativement bien contrôlé.
3. Dans le rapport du 25 juin 1996, adressé au Dr L\_\_\_\_\_, la Dresse M\_\_\_\_\_, chef de clinique adjointe aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG) et la Dresse N\_\_\_\_\_, médecin assistante, ont posé comme diagnostics des cervico-dorso-lombalgies sur troubles statiques et dégénératifs. Le bilan radiologique montrait, par ailleurs, la présence de blocs congénitaux du rachis dorsal et surtout cervical s'étendant de C5 à D1. Une hospitalisation avait été proposée à la recourante, mais celle-ci l'avait refusée à cause d'une organisation familiale difficile. Les médecins ont alors prescrit de la physiothérapie et un traitement myorelaxant et des AINS. Elles ont constaté que sous ce traitement, les contractures musculaires au niveau lombaire avaient objectivement diminué. Pour ces médecins, il leur semblait bénéfique pour la recourante qu'elle reprenne une activité professionnelle à 50% dans un premier temps.
4. Le 7 mars 1997, la recourante a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI), sans spécifier quel type de prestations elle demandait.
5. Dans le rapport du 10 mai 1997, sur demande de l'OCAI, le Dr O\_\_\_\_\_, médecin généraliste et nouveau médecin traitant de la recourante, a posé comme diagnostics un asthme chronique, un syndrome vertébral sur malformation congénitale se manifestant par blocages cervicaux, lombaires, une personne sujette à la migraine, une personnalité paranoïde avec tendance anxio-dépressive, des troubles du sommeil, et des hémorroïdes. La recourante était en incapacité de travail depuis le 23 septembre 1996. Des mesures professionnelles étaient

indiquées, car elle ne pouvait plus faire un travail lourd d'aide ménagère. La recourante pouvait en revanche travailler en position assise.

6. Dans son rapport du 28 juillet 1997, adressé à l'OCAI, le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait revu la recourante pour la dernière fois en automne 1996 et qu'il lui avait proposé une reprise à 100% dès le 23 septembre 1996.
7. En date du 5 août 1997, un représentant de l'OCAI a demandé au Dr P\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'OCAI, si une expertise physique et psychiatrique lui semblait nécessaire avant d'accorder la rente. Dans une note du 17 septembre 1997, le Dr P\_\_\_\_\_ indique que des activités avec efforts physiques soutenus ou répétés ne seront pas indiquées, en raison des troubles de la colonne. En revanche, s'il s'agit de nettoyages légers, il était probable qu'une reprise entre 50-100% envisageable. Dans les positions assises, il pouvait y avoir une baisse de rendement de l'ordre de 30-40%. Le Dr P\_\_\_\_\_ a eu un entretien téléphonique avec le Dr O\_\_\_\_\_ en date du 17 septembre 1997. Ce dernier lui a signalé que le problème essentiel était une polyinsertionite avec un état dépressif sévère, que l'asthme n'était pas très bien stabilisé et qu'elle avait des difficultés familiales. Il a dès lors conclu que la situation n'était pas suffisamment stabilisée et que la capacité de travail était nulle, la situation devant être revue dans 2-3 ans.
8. Par décision du 24 mars 1998, l'OCAI a mis la recourante au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, sur la base d'un taux de 100% dès le 1<sup>er</sup> mars 1997.
9. La recourante a été hospitalisée au service de rhumatologie aux HUG du 27 décembre 1999 au 7 janvier 2000, en raison de polyarthralgies symétriques prédominant au niveau des mains et des poignets des deux côtés. Dans son rapport du 10 janvier 2000, le Dr Q\_\_\_\_\_, chef de clinique, et la Dresse R\_\_\_\_\_, médecin assistante aux HUG, ont posé comme diagnostics à la suite de cette hospitalisation une polyarthrite aiguë et un asthme allergique traité depuis plus de 20 ans. Le diagnostic le plus favorable restait une polyarthrite para-infectieuse, mais une polyarthrite rhumatoïde séronégative débutante ne pouvait pas être exclue. Selon ces médecins, seule l'évolution ultérieure leur permettrait d'affirmer ce dernier diagnostic avec certitude.
10. En date du 3 septembre 2004, l'OCAI a communiqué à la recourante qu'une procédure de révision de la rente était ouverte. La recourante a indiqué dans le questionnaire renvoyé le 16 septembre, que son état de santé était toujours le même.
11. Dans son rapport du 17 octobre 2004, adressé à l'OCAI, le Dr O\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de la recourante s'était aggravé. En effet, depuis son dernier rapport du 10 octobre 1997, les diagnostics suivants étaient apparus: une polyarthrite para-infectieuse ou polyarthrite rhumatoïde séronégative débutante (depuis fin 1999), une incontinence d'effort et une hypothyroïdie. Ses limitations

fonctionnelles étaient totales et sa capacité de travail était nulle dans toutes activités.

12. Dans un avis médical du 14 septembre 2005, le Dr S\_\_\_\_\_, médecin au SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL AI (ci-après SMR), a rappelé qu'une rente entière d'invalidité avait été accordée à la recourante, alors qu'il n'y avait pas eu "d'élément diagnostique certifié en faveur d'une invalidité, attesté par un spécialiste". Il a constaté que le rapport établi par le Dr O\_\_\_\_\_ dans le cadre de la procédure de révision, parlait d'une péjoration de l'affection rhumatologique et qu'il n'était pas précis. Il a estimé qu'un examen rhumato-psychiatrique au SMR était nécessaire pour pouvoir justifier la rente.
13. En date du 20 novembre 2006, la recourante a été soumise à un examen rhumato-psychiatrique par le Dr T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et en rééducation, et le Dr U\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie. Ils ont établi le rapport d'expertise le 22 décembre 2006. Ils ont procédé à une anamnèse très détaillée, et à une brève description des plaintes de la recourante. Ils ont constaté que la recourante menait une vie quotidienne régulière. Ils ont posé comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail des lombalgies chroniques sur trouble de la transition et trouble dégénératif débutant, et comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychiques, un status après un épisode de polyarthrite aiguë post infectieuse fin 1999, début 2000, un asthme allergique.

Ils ont conclu que la recourante présentait certes un trouble de la transition lombosacrée associée à un trouble dégénératif modéré sur le plan radiologique. Toutefois, la globalité des plaintes évoquée par la recourante ne pouvait être expliquée par la mise en évidence des troubles objectifs aux examens complémentaires. L'examen clinique était essentiellement marqué par une attitude oppositionnelle et poly-plaintive.

Sur la base de leur examen clinique, de l'étude du seul document radiologique mis à leur disposition et du dossier médical fourni, ils ont considéré que la recourante ne pouvait pas être en incapacité de travail à 100% dans quelque activité que ce soit. Une diminution de rentabilité était certes envisageable dans une activité à forte charge au vu du trouble de la transition lombosacrée et des troubles dégénératifs débutants. Mais, ils ont estimé que la recourante présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à de faibles charges physiques depuis au moins 1997, date de l'octroi de la rente. En ce qui concerne le diagnostic de polyarthrite évoqué en 1999-2000, ils ont retenu qu'il s'agissait d'une polyarthrite localisée post infectieuse sans séquelle actuellement. Selon ces experts, il n'y avait pas d'atteinte psychiatrique ayant valeur de maladie dans le sens de la loi sur l'AI.

Enfin, les limitations fonctionnelles étaient: "pas de port de charge supérieure à 10 kg, pas de position statique assise au-delà de 1 heure sans possibilité de varier les positions assise/debout, pas de position en porte-à-faux en antéflexion du rachis à répétition contre résistance. Pas de position en genuflexion ou accroupie à répétition. Diminution du périmètre de marche à ¾ heure, pas de position statique debout au-delà de 15 minutes". S'agissant du plan psychiatrique, aucune limitation n'était à signaler.

Les examinateurs ont indiqué que la recourante présentait une pleine capacité de travail dans l'activité exercée auparavant (nettoyeuse), qui semblait tout à fait adaptée à ses limitations fonctionnelles.

14. Par avis du 17 janvier 2007, les médecins du SMR ont constaté que la décision de 1998 devait être considérée comme étant manifestement erronée, car elle n'a pas été prise sur des constatations médicales objectives mais sur un avis subjectif et cette décision ne devait avoir d'effet que pour un temps limité, ce qui n'a pas été le cas. Il devait donc y avoir reconsidération du droit à la rente en raison d'une appréciation non objective des faits médicaux de l'époque et d'un manque d'investigation.
15. Suite au projet de décision du 24 janvier 2007, qui prévoyait la suppression de la rente d'invalidité, la recourante a produit divers documents, dont notamment:
  - a) Un courrier du 7 février 2007, à l'attention du mandataire de la recourante, du Dr O\_\_\_\_\_, dans lequel il a indiqué avoir eu l'impression en lisant le rapport d'examen du SMR, que "les deux experts étaient partis avec un préjugé contre la (recourante) et qu'il fallait démontrer avec leurs discours médicaux que (la recourante) ne méritait d'être au bénéfice d'une rente AI 100% que pendant une période maximale de 2-3 ans et, qu'après une expertise, elle aurait dû être remise au travail... mais c'est après près de 10 ans qu'ils veulent "se rattraper" de leurs erreurs!" Il a rappelé que, comme les médecins du SMR l'avaient déjà signalé, les problèmes de dos et ceux psychologiques de la recourante n'ont jamais été certifiés par des spécialistes. Il a conseillé "de pousser l'OCAI à prendre en charge une expertise neutre, impartiale".
  - b) Un rapport du 14 février 2007, adressé à la Dresse V\_\_\_\_\_, spécialiste en FMH en rhumatologie, du Dr W\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, qui a constaté que les lésions vertébrales décrites il y a 11 ans avaient progressé depuis lors. Les lésions neurologiques périphériques constatées tant au niveau rachidien cervical que lombo-sacré étaient directement en relation avec les altérations structurales rachidiennes.
  - c) Une lettre datée du 21 février 2007, adressé au mandataire de la recourante, du Dr X\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pneumologie, dans laquelle il a indiqué que son asthme était sévère, qu'il pouvait avoir des répercussions sur sa capacité de travail en raison de l'utilisation de produits de nettoyage et de l'exposition à la poussière de

maison. Selon ce médecin, il était contre-indiqué médicalement que la recourante exerce la profession de nettoyeuse. Cependant, un reclassement professionnel sur un plan strictement pneumologique était envisageable.

- d) Un rapport du 22 février 2007 de la Dresse V \_\_\_\_\_, dans lequel elle a conclu que l'examen clinique mettait "en évidence un syndrome cervical, une limitation de la mobilité d'épaule-poignet et doigts de la main du côté droit, avec faiblesse et anomalies au status neurologique dans un contexte malformatif vertébral (...), objectivé radiologiquement." Elle a également constaté des douleurs à la palpation de la ceinture scapulaire surtout du côté droit, sans synovite ni nodule rhumatismal. Selon ce médecin, "il n'y a pas d'évidence actuellement pour une polyarthrite, tant sur le plan clinique qu'au niveau des examens complémentaires", mais l'échographie montrait des tendinopathies au niveau de son épaule droite et au coude droit. Elle a proposé de faire une IRM cervicale, afin de ne pas méconnaître une malformation de la charnière, évaluer l'étroitesse du canal cervical, la progression de lésions dégénératives associées ainsi que leur retentissement sur les structures nerveuses.
- e) Le rapport du 8 mars 2007, du Dr Y \_\_\_\_\_ spécialiste FMH en radiologie au Dr O \_\_\_\_\_, qui a conclu lors de son IRM à des malformations congénitales: occipitalisation de l'atlas, bloc congénital de C5-C6 et C7; à une discopathie dégénérative C3-C4, avec oblitération partielle du canal radiculaire gauche; une discopathie dégénérative C4-C5, avec oblitération du canal radiculaire droit partielle; une sténose antéro-postérieure du canal rachidien en C3-C4 et C4-C5, liée aux discopathies avec empreinte sur le sac dural, et le bord antérieur de la moelle, mais sans signe de myélopathie cervicale.
16. Dans l'avis du 3 avril 2007, le Dr S \_\_\_\_\_, médecin SMR, spécialiste FMH en médecine générale, et le Dr Z \_\_\_\_\_, médecin-chef adjoint au SMR, ont indiqué que les rapports médicaux apportés par la recourante ne démontraient pas de modification ou d'aggravation des status cliniques pratiqués par les médecins du SMR et n'apportaient pas d'élément en faveur d'une incapacité de travail complète dans toute activité telle qu'elle avait été admise lors de l'attribution des prestations. Ils ont également rappelé qu'ils ont bien tenu compte du fait qu'elle souffrait d'asthme, qu'ils considéraient que cette maladie n'était pas susceptible de réduire de manière durable la capacité de travail. Ils ont souligné le fait qu'elle a travaillé de nombreuses années comme nettoyeuse sans que son asthme ne lui cause d'incapacité de travail.
17. Par décision du 16 avril 2007, l'OCAI a supprimé la rente d'invalidité de la recourante, avec effet dès le 2<sup>e</sup> mois qui suit la notification de la décision, au motif que la décision du 1998 était manifestement erronée car elle était fondée principalement sur l'avis du 17 septembre 1997 du Dr O \_\_\_\_\_ fixant à 100% l'incapacité de travail, alors que d'autres rapports médicaux recueillis à l'époque

concluait à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Selon l'OCAI, les éléments au dossier ne permettaient pas de fixer à 100% le degré d'invalidité de la recourante. De plus, la capacité de travail dans une activité adaptée exigible n'avait pas été examinée. Il a constaté que l'état de santé de la recourante ne s'était pas modifié depuis 1998.

18. En date du 23 mai 2007, la recourante a interjeté recours auprès du Tribunal de céans, concluant préalablement à la restitution de l'effet suspensif, ainsi qu'à ce que le Tribunal ordonne une comparution personnelle des parties. Elle a conclu principalement à l'annulation de la décision du 16 avril 2007, à la constatation que son taux d'invalidité n'avait pas subi de modification notable, avec suite de dépens. La recourante a souligné le fait que l'OCAI possédait l'ensemble des éléments nécessaires au moment de prendre sa décision de 1998. Il aurait pu à l'époque décider d'approfondir son instruction, mais il ne l'a pas fait. De plus, il a confirmé dans sa décision du 16 avril 2007 qu'un complément d'instruction n'était pas nécessaire. La recourante a donc estimé que c'était en pleine contradiction que l'OCAI avait décidé de remettre en cause sa rente d'invalidité au moyen d'une reconsidération.
19. Dans sa réponse du 4 juin 2007, l'OCAI a conclu au refus du rétablissement de l'effet suspensif. Par ailleurs, les conditions pour une reconsidération étaient remplies. La suppression de la rente se justifiait, car selon les experts du SMR, la recourante était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée, en tenant compte de ses limitations fonctionnelles depuis 1997, et notamment dans sa dernière activité en tant que nettoyeuse.
20. Par arrêt incident du 22 juin 2007, le Tribunal a rejeté la demande de restitution de l'effet suspensif. En date du 29 octobre 2007, le Tribunal fédéral a déclaré irrecevable le recours déposé contre cet arrêt.
21. Dans l'intervalle, et par écriture du 28 septembre 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours sur le fond.
22. Le Tribunal a ordonné la comparution personnelle des parties, qui s'est tenue le 13 novembre 2007. À cette occasion, la recourante a confirmé que son état de santé ne fait qu'empirer, toute position est douloureuse, elle est également asthmatique, et son bras droit est inutilisable. S'agissant de l'examen de SMR, qui s'est déroulé en novembre 2006, la recourante a indiqué que cela avait été horrible pour elle, que le médecin rhumatologue l'avait rudoyée et était très désagréable, disant n'avoir pas de temps à perdre avec elle. En revanche, l'examineur psychiatre était correct. S'agissant de la vie quotidienne décrite par SMR, elle en a confirmé la teneur. À l'issue de l'audience, l'ouverture des enquêtes a été ordonnée en vue de l'audition du médecin traitant de la recourante, le Dr Jean-François O\_\_\_\_\_, médecin généraliste.

- 
23. Lors de son audition le 11 décembre 2007, ce témoin a déclaré ce qui suit : «Je suis la recourante depuis août 1996. Il est exact que dans mon rapport d'octobre 2004, j'ai mentionné un état de santé aggravé par rapport à 1997, avec l'apparition de polyarthrite para-infectieuse ou polyarthrite rhumatoïde débutante séronégative, d'incontinence d'effort et d'hypothyroïdie. Il est exact que cette polyarthrite a donné lieu à une hospitalisation. Je dirais que s'il est vrai que cette crise est passée, les plaintes demeurent. Cette affection se manifeste sur toutes les articulations du bras droit.

Vous me donnez lecture des diagnostics rendus par SMR dans son rapport du 22 décembre 2006. S'agissant du "status après un épisode de polyarthrite aigue post-infectieuse fin 1999, début 2000" j'indique que cela signifie pour SMR que la situation est stabilisée. Tel n'est pas mon avis. Je me base pour cela sur les plaintes de la patiente. S'agissant d'une suspicion de diagnostic de fibromyalgie, je ne crois pas qu'il ait été confirmé par la rhumatologue dont je reçois en principe les rapports.

Vous me donnez lecture du premier paragraphe du status ostéo-articulaire de ce rapport (p. 6), selon moi, cela signifie un conflit avec le médecin examinateur. J'ai d'ailleurs reçu la recourante le lendemain, elle était catastrophée et m'a décrit l'examen comme étant quasiment de la maltraitance, je lui ai d'ailleurs conseillé de porter plainte. En revanche, je confirme le constat d'absence de phénomène inflammatoire sur les articulations des membres supérieurs et inférieurs, en dehors des crises, tel que mentionné au paragraphe 2 du rapport. Je ne peux pas me prononcer sur les signes de non-organicité selon WADELL relevés par les examinateurs, je ne les connais pas. Vous me donnez lecture des limitations fonctionnelles retenues par les examinateurs, je les confirme.

En cas de crise, la polyarthrite se manifeste visiblement et également au toucher, notamment par une tuméfaction. Je dirais qu'au début les polyarthrites ne sont pas forcément visibles sur les radios, elles le deviennent au fil du temps. Je dirais que les crises se produisent chez ma patiente fréquemment, c'est-à-dire plus de quatre fois par an. Les crises sont difficiles à éradiquer, les médicaments sont peu efficaces, nous utilisons de la cortisone et/ou des anti-inflammatoires, cela peut prendre une à deux semaines pour calmer une crise.

SMR parle d'impotence volontaire du bras droit. J'en conteste le caractère volontaire. J'explique que par mimétisme, par souci de protection, le corps a tendance à oublier, négliger un membre douloureux. Je pense que c'est ce qui s'est passé avec ma patiente et son bras. Avec moi, elle n'a pas le bras droit en permanence immobile, je pense qu'elle l'utilise quand même d'une certaine façon ne serait-ce que pour les soins corporels et l'habillement, mais elle essaie sans doute de l'utiliser le moins possible par peur de la douleur. Cette non-utilisation ne conduit pas en l'espèce à l'impossibilité d'utiliser ce membre, il faudrait pour cela que le bras soit totalement bloqué pendant très longtemps, par exemple par un plâtre, ce qui conduirait à l'atrophie du membre, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

Vous me donnez lecture des conclusions du rapport du Dr LL\_\_\_\_\_ du 23 novembre 2007 produit à l'audience par la recourante. Ses conclusions sont à mettre directement en lien avec l'IRM du 15 octobre 2007. Un infarctus est un infarctus, il s'agit d'une zone qui n'est pas irriguée pendant quelques temps,

vraisemblablement ici depuis 2005. Nous en ignorons l'origine et nous effectuons actuellement des examens complémentaires, notamment auprès du Dr LM\_\_\_\_\_. Selon le Dr LL\_\_\_\_\_, ces infarctus ne sont pas en lien avec les vertiges dont souffre actuellement ma patiente qui pourraient avoir une origine vestibulaire, raison des investigations chez le Dr LM\_\_\_\_\_, qui est ORL. Je ne peux pas me prononcer sur le pronostic, mais je constate que l'évolution n'est pas positive.

Je confirme par conséquent que l'incapacité totale de travail perdue. Je ne vois pas objectivement ce qui serait exigible de ma patiente au vu de l'ensemble de la pathologie qui comprend non seulement des discopathies dégénératives et des malformations congénitales, mais également un asthme important présent depuis de longues années avec des crises fréquentes dues tant aux conditions atmosphériques qu'au stress ou aux émotions, ainsi que des douleurs neurogènes telles que relevées par le Dr LL\_\_\_\_\_, et l'incontinence urinaire. S'y ajoute depuis 2005 la symptomatologie vertigineuse non expliquée aujourd'hui avec pertes de connaissance. En résumé je dirais que non seulement l'état de santé de ma patiente s'était aggravé en 1999-2000 par rapport à 1997, mais qu'il continue à s'aggraver avec l'apparition de nouveaux troubles en particulier depuis 2005 ».

24. À l'issue de l'audience, il a été convenu de solliciter à nouveau le SMR, cette fois sur la révision du droit à la rente au vu de l'aggravation de l'état de santé alléguée, et des rapports médicaux complémentaires et sur l'opportunité de maintenir le droit à la rente au vu de la situation actuelle.
25. Dans son avis médical du 27 janvier 2008, le SMR constate qu'entre les diagnostics retenus lors de l'octroi de la rente et les diagnostics actuels, il y a « sur le plan médical pur, effectivement une aggravation de l'état de santé en raison de cette pathologie particulière inflammatoire, soit para-infectieuse ou rhumatoïde, qui entraîne des limitations fonctionnelles. Pour évaluer les répercussions sur la capacité de travail de cette maladie inflammatoire évoluant par poussées sans traduction radiologique mais à raison de quatre fois par an l'avis d'un rhumatologue est nécessaire. L'OCAI en conclut qu'un complément d'instruction serait opportun, et que le dossier peut lui être renvoyé.
26. Après transmission de ces documents à la recourante le 31 janvier 2008, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur

l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.
27. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de 30 jours dès la notification de la décision attaquée. En l'espèce, la décision date du 16 avril 2007, le recours du 23 mai 2007. Selon la recourante, la décision lui a été notifiée en date du 23 avril 2007. Sur question, l'OCAI a indiqué que la décision du 16 avril 2007 avait été adressée à la recourante sous pli simple. Par conséquent, le recours est réputé formé en temps utile, car le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 124 V 402 consid. 2a, 122 I 100 consid. 3b, 114 III 53 consid. 3c et 4, 103 V 65 consid. 2a). Interjeté également dans la forme prévue par la loi, le recours est recevable (cf. art. 56 et ss LPGA).
28. La question litigieuse est de savoir si la décision d'octroi de rente entière du 24 mars 1998 est, comme l'allègue l'OCAI, manifestement erronée, ce qui justifierait sa reconsidération.
29. Selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée 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. 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 (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). En outre, par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 126 V 23 consid. 4b et les références citées). A noter que la révision et la reconsidération sont désormais explicitement réglées à l'art. 53 LPGA (ATFA publié partiellement du 12 mars 2004, K 147/03 consid. 5.3).

Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 n° 28 p. 158

---

consid. 3c). A l'inverse, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04 consid. 3.2).

30. Au vu de ce qui précède, force est de constater que la décision initiale n'était pas manifestement erronée, car le médecin-conseil de l'OCAI, après examen des rapports figurant au dossier, a confirmé la totale incapacité de travail attestée par le médecin traitant, faisant ainsi usage de son pouvoir d'appréciation. Le fait qu'il ait prévu la révision de la situation à deux ou trois ans, et que cela n'ait pas eu lieu avant 2004, ne peut avoir comme effet de rendre la décision initiale erronée, mais uniquement de reporter, cas échéant, l'effet de la révision de la rente. Par ailleurs, l'instruction de la cause a établi que la situation médicale de la recourante s'est aggravée dans les deux ans qui ont suivi la décision initiale, avec apparition de nouveaux diagnostics et hospitalisations, raison pour laquelle le médecin traitant, questionné dans le cadre de la révision de la rente, a fait état d'une aggravation de l'état de santé. De plus, le médecin traitant, entendu par le Tribunal, a précisé que non seulement l'état de santé de sa patiente s'était aggravé en 1999-2000 par rapport à 1997, mais qu'il continue à s'aggraver, avec l'apparition de nouveaux troubles en particulier depuis 2005 qui font actuellement l'objet d'investigations.

Interpellé sur ce procès-verbal d'audition, le SMR a reconnu une aggravation de l'état de santé. Ainsi, même sous l'angle de la révision, qu'il sied d'examiner - la substitution de motifs étant admissible (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 112 V 373 consid. 2c et 390 consid. 1b) -, l'état de santé de la recourante s'est objectivement péjoré, et non amélioré. La question de savoir si la recourante dispose d'une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée n'a effectivement pas été examinée. Le SMR avait conclu par la négative en 1997. Le médecin traitant confirme cette appréciation aujourd'hui. Si l'OCAI est d'un avis contraire, ou considère que la question doit être examinée de près - ce qui semble le cas puisqu'il préconise une investigation auprès d'un rhumatologue -, il lui incombera de traiter la question sous l'angle de la révision en effectuant, par exemple, un stage d'observation professionnelle. On rappellera toutefois que selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée, et que la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Or, il est peu probable au vu des faits de la cause que la capacité de travail de la recourante se soit améliorée entre 1997 et ce jour.

31. Au vu de ce qui précède, la décision litigieuse, supprimant la rente, est annulée. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens, fixés en l'espèce à 2'500 fr.
  
32. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Il sera donc perçu un émolument.



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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet, et annule la décision du 16 avril 2007.
3. Condamne l'OCAI au versement d'une indemnité de procédure en faveur de la recourante de 2'500 fr.
4. L'émolument, fixé à 500 fr., est mis à la charge de l'OCAI.
5. 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

La présidente

Yaël BENZ

Isabelle DUBOIS

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