

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2250/2008

ATAS/1234/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 7 octobre 2009

En la cause

Madame L_____, domiciliée à ONEX, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame L _____ (ci-après l'assurée), née en 1958, au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité en tant qu'employée de commerce, a travaillé comme comptable auprès de la Ville de Genève depuis 1993. En raison de la découverte en 1996 d'un cancer du sein, l'assurée a subi une mastectomie en 1997 et a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) en date du 6 septembre 1999.
2. Selon un rapport adressé le 20 septembre 1999 à l'OCAI par le Dr A _____, spécialiste FMH en médecine interne et oncologie, l'assurée, qui était entrée en ménopause sous chimiothérapie ayant pris fin en octobre 1997, était encore sous traitement dans un contexte de kystes et d'hyperpression endométriale, éléments renforcés par des phénomènes de poussées hémorroïdaires et associés à un important état dépressif et d'épuisement. Les diagnostics posés étaient un status après mastectomie gauche, un carcinome caniculaire invasif associé à un cancer, un status après reconstruction mammaire gauche, un status après réduction mammaire droite, un status après révision des cicatrices supérieures pour syndrome algique sur nécrose graisseuse, une hyperplasie endométriale avec polypose excisée en mai 1998, une fissure anale récidivante ainsi qu'un état dépressif, pris en charge par le Dr B _____ dès juin 1997. L'assurée se plaignait d'un phénomène de nausées, de sensations vertigineuses, d'asthénie renforcée, de poussées de migraine avec céphalées tensionnelles, un moral bas et un sommeil perturbé. Il y avait en outre une exacerbation des phénomènes de bouffées de chaleur et renforcement des phénomènes de constipation. Selon le Dr A _____, l'incapacité de travail était de l'ordre de 50%.
3. Par décision du 2 mai 2000, l'OCAI a reconnu à l'assurée un degré d'invalidité de 50% et lui a octroyé une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} septembre 1998.
4. Une procédure de révision a été initiée par l'OCAI en mai 2005. Dans le questionnaire pour la révision, l'assurée a déclaré que son état de santé s'était aggravé depuis 5 ans en raison d'une énorme fatigue, de migraines, des douleurs généralisées, qu'elle présentait une obturation du tunnel carpien, une ostéoporose, de la sécheresse des yeux, etc. Elle indiquait travailler 4 heures par jour depuis 2000. Enfin, elle avait été en incapacité de travail totale de mars à avril 2003, du 24 juin au 7 juillet 2004 ainsi que du 20 au 27 avril 2005.
5. Dans un rapport établi en date du 21 décembre 2005 à l'attention de l'OCAI, le Dr A _____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire et qu'elle présentait une incapacité de travail de 50% depuis 1997 à ce jour. Dans un rapport détaillé annexé, le médecin a expliqué que la patiente présente plusieurs diagnostics ayant des répercussions sur ses capacités professionnelles, à savoir un problème tumoral avec status après mastectomie gauche dans le contexte d'un

carcinome associé à un cancer, avec une évolution favorable - la patiente restant également sous traitement de surveillance dans le cadre d'un kyste ovarien droit - ; l'assurée était également prise en charge par le Dr C _____, dans le contexte d'un état anxio-dépressif sous traitement de Deroxat et que ce problème, qui restait actif, était associé à plusieurs arrêts professionnels dans le contexte d'une patiente travaillant en tant que secrétaire dans un bureau de contestations d'amendes de la circulation auprès de l'Etat de Genève. Enfin, la patiente présentait un syndrome algique étagé responsable de douleurs sacrées, aux membres supérieurs à prédominance gauche, et à l'axe cervical, confirmant une ostéoporose et d'autre part un terrain d'arthrose. Le Dr A _____ a ajouté qu'une expertise avait été réalisée le 18 novembre 2005 par le Dr D _____, spécialiste FMH en rhumatologie, confirmant outre les problèmes d'arthrose, un syndrome de type fibromyalgique avec critère incomplet. La patiente posait également le problème de différents cofacteurs associant notamment des migraines, pour lesquelles le Dr E _____, spécialiste FMH en neurologie, avait fait des investigations. S'agissant de l'incapacité de travail, le Dr A _____ a indiqué qu'elle était toujours de 50% chez l'employeur actuel. Selon ce médecin, l'état de santé était resté stationnaire, toutes les mesures médicales prises n'avaient pu que stabiliser l'état actuel de la patiente et les mesures professionnelles effectuées (mutation) étaient restées sans effet.

Le Dr A _____ a en outre joint plusieurs rapports:

- un rapport daté du 18 janvier 2002, établi par le Dr E _____, lequel a examiné l'assurée en raison de céphalées devenues invalidantes. Depuis trois ans, la fréquence des céphalées était devenue plus importante, sous la forme d'une barre frontale, s'accompagnant d'une photophobie, d'une sonophobie et d'une osmophobie. A une ou deux reprises, pendant la phase céphalalgique, l'assurée avait remarqué l'impossibilité de trouver ses mots et de s'exprimer ainsi qu'une difficulté à mobiliser son hémicorps droit. Selon le Dr E _____, l'examen clinique parlait en faveur d'une céphalée médicamenteuse, à savoir une céphalée entretenue par l'abus de médicaments antalgiques depuis environ deux ans. La pathologie de base était une maladie migraineuse connue depuis environ dix ans et qui s'était présentée à une ou deux reprises avec une aura sensitive, une suspension de langage et un hémisynonyme associés. Le traitement conseillé par le Dr E _____ était impérativement un sevrage de tous les antalgiques, à la suite de quoi les céphalées devaient progressivement disparaître.

- un rapport du 1^{er} juin 2004 établi par le Dr F _____, spécialiste FMH en rhumatologie, duquel il ressort que l'assurée se plaignait de l'apparition de cervicalgies irradiant dans les deux trapèzes et de lombalgies basses chroniques, variables, plus ou moins handicapantes selon les moments de la journée. Selon ce médecin, l'assurée présentait des rachialgies chroniques, prédominant au niveau cervical bas et lombaire bas, associées à des douleurs musculaires dans un contexte

de troubles statiques. Il était possible que la chirurgie de reconstruction mammaire, avec lambeaux de muscles abdominaux, ait pu induire un certain degré d'insuffisance fonctionnelle et ait aggravé les rachialgies.

- un rapport du 18 novembre 2005 établi par le Dr D_____, qui a diagnostiqué un status post mastectomie plus chimiothérapie pour cancer canaliculaire invasif du sein gauche, un état anxio-dépressif réactionnel, des contractures musculaires de type fibromyalgie sans que les critères en soient remplis strictement à ce jour, de l'arthrose de la main droite et un status post cure chirurgicale de canal carpien bilatéral. Le médecin, dans l'appréciation du cas, a relevé que la patiente posait clairement plusieurs problèmes, à savoir une arthrose, une chondrocalcinose ou un rhumatisme, un état anxio-dépressif relativement modéré qui est vraisemblablement en rapport avec des contractures musculaires douloureuses assez nettes de type fibromyalgie.

6. Dans son rapport du 28 janvier 2006 à l'attention de l'OCAI, le Dr C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué avec répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique depuis 1996 (F 32.10). Selon ce médecin, l'état de santé de la patiente est stationnaire. Il indique qu'elle présente un épisode dépressif moyen depuis la découverte de son cancer du sein qui a été entretenu par des difficultés professionnelles et conjugales. Elle bénéficie d'un suivi ambulatoire mensuel et d'un traitement médicamenteux antidépresseur. Le pronostic est incertain.
7. Par avis du 6 juillet 2006, le Service médical régional (ci-après SMR) a indiqué qu'il convenait d'obtenir du psychiatre traitant un rapport complémentaire avec description complète du status clinique actuel et du traitement.
8. Par avis du 27 mars 2007, la Dresse G_____, médecin auprès du SMR, a proposé de soumettre l'assurée à une expertise bidisciplinaire.
9. L'OCAI a ordonné une expertise qu'il a confiée aux Dresses H_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie et I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Dans leur rapport d'expertise du 26 juillet 2007, les médecins ont diagnostiqué, sur la base d'un examen effectué les 6 et 8 juin 2007, un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) ayant une répercussion sur la capacité de travail. L'assurée présentait également d'autres atteintes, mais sans répercussion sur la capacité de travail, soit notamment un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) existant depuis environ mi-1997, une spondylarthrose débutante sans myélopathie ni radiculopathie, une arthrose digitale débutante avec poussée congestive actuelle de l'IP du pouce droit, des troubles statiques modérées et anomalies de transition vertébrales dorsales et lombaires avec côte surnuméraire et possible TOS (syndrome du défilé des scalènes) de faible incidence, une ostéopénie précoce

induite, traitée, des céphalées mixtes tensionnelles, médicamenteuses et sur migraines avec aura, des troubles digestifs fonctionnels, un kyste ovarien droit récidivant et un syndrome sec.

Dans l'appréciation du cas et pronostic, les médecins relèvent que la patiente annonce une aggravation de son état de santé de son point de vue alors que les médecins qui la suivent estiment un état stationnaire avec incapacité de travail partielle de 50%. Elle est en rémission au plan oncologique avec un bilan exhaustif récent. Depuis l'octroi de la rente en 1998, la patiente a présenté une ostéoporose débutante mais le traitement entrepris a permis de stabiliser la déperdition osseuse de manière plus efficace. Les dernières valeurs densitométriques se sont d'ailleurs améliorées. Sur le plan somatique, la patiente se plaint de douleurs diffuses dont l'intensité chiffrée sur l'EVEA a des valeurs assez hautes varie d'un site à l'autre pouvant couvrir la totalité du corps et sans amélioration spontanée au cours du temps. Si, au plan oncologique, elle est en rémission ce qui constitue un élément favorable, l'assurée ne se voit pourtant pas améliorée depuis l'octroi de la rente et souhaite que sa rente soit maintenue voire augmentée et relate subjectivement une aggravation de son état. Au plan clinique, objectivement, les médecins relèvent que la patiente est en excellent état général, vive et tonique, qu'elle se mobilise normalement. Elle présente un trouble statique rachidien modéré négativement influencé par les dysbalances musculaires associant une insuffisance musculaire dans un contexte de sédentarité et des raccourcissements des chaînes postérieures, des pyramidaux, des fascia lata. Elle présente une arthrose nodulaire des doigts débutante qui n'est nullement invalidante dans son métier. La confrontation radioclinique ne permet pas d'affirmer que l'assurée souffre d'une arthrose précoce, massive, érosive, rapidement évolutive. Au plan rachidien, les atteintes dégénératives sont mineures et les clichés de la nuque évoquent une cervicarthrose débutante. Selon les médecins, il ne faudrait pas surévaluer l'importance de ces arthroses débutantes car les douleurs diffuses et totales dont se plaint l'assurée depuis des années, vont bien au-delà des sites anatomiques touchés par les processus dégénératifs, elles sont peu modulables, et sont à attribuer avant tout au trouble somatoforme. Les problèmes ostéo-articulaires justifient des limitations fonctionnelles théoriques qui n'entrent pas en ligne de compte pour le métier exercé et n'ont pas un caractère invalidant pour l'activité professionnelle actuelle. Par ailleurs, les tensions musculaires sont très marquées au niveau de la ceinture scapulaire. Elles évoquent des algies tensionnelles que l'on voit souvent associées aux céphalées mixtes, aux tableaux de fibromyalgie. Il y a sans doute une perturbation importante du seuil à la douleur chez l'assurée, qui prend ses sources dans la survenue du cancer du sein, à un âge jeune, dans le post-partum et dans le contexte d'une comorbidité psychiatrique. Les structures fonctionnelles sont anatomiquement conservées et permettent une motricité normale mais l'assurée adopte un comportement de douloureuse chronique avec des handicaps allégués qui sont discordants par rapport à la situation clinique observée. On ne pouvait donc

pas aborder dans le sens d'une aggravation telle que le suggère la patiente pour maintenir ou augmenter sa rente, en accord avec ses médecins traitants qui, eux, jugent l'état stationnaire.

Selon les experts, les affections somatiques constatées depuis l'apparition de son cancer en 1997 et indépendamment de celui-ci ne jouent pas de rôle significatif pour son travail actuel et sont banales. Les atteintes radiologiques donnent des limitations dans des activités de longue durée, soutenues, répétées les bras en hauteur et limitent le port répétitif de charge à 15 kg. Elles justifient une activité plutôt sédentaire sans usage en force de ses mains, sans engins à vibrations ni exposition au froid, aux intempéries, à des terrains instables ou inégaux, à des activités sur des échelles avec risque de chute. L'assurée devrait pouvoir alterner sa position au travail et se lever pour faire une pause dans la matinée, ce qui est apparemment le cas sur 4 heures de travail. Les troubles fonctionnels digestifs ne modifient pas la capacité de travail. Ainsi, la situation somatique actuelle, sans autre répercussion sur les organes internes, chez une patiente en excellent état général, pouvant se mouvoir normalement, ne permet pas de retenir d'élément supplémentaire incapacitant au plan de son exigibilité. La présence d'un syndrome somatoforme donne une explication aux manifestations exagérées des diagnostics somatiques de l'assurée qui normalement ne revêtent pas un caractère invalidant au long cours.

Sur le plan psychiatrique, à la suite d'une mastectomie, l'assurée a développé un épisode dépressif réactionnel et anxieux associé à des douleurs diffuses. Elle a bénéficié d'une prise en charge dans un groupe. Elle a ensuite bénéficié d'un traitement antidépresseur et consulté une psychiatre privée. Elle a toutefois cessé cette prise en charge après environ dix consultations. Depuis 2004, l'assurée a requis un suivi auprès d'un psychiatre, qu'elle consulte toutes les trois semaines. Au fil des années, la thymie s'est améliorée, bien que l'humeur reste labile. Selon les experts, l'évolution est favorable depuis au moins mi-2006, l'épisode dépressif moyen évoqué en janvier 2006 par le psychiatre est en rémission. Seul persiste un trouble anxio-dépressif d'intensité légère à moyenne, lequel justifie d'augmenter la dose d'antidépresseur à 40 mg/jour afin de stabiliser la thymie. Quant aux douleurs, ces dernières évoquent un syndrome somatoforme douloureux persistant, secondaire au diagnostic de cancer du sein suivi de la mastectomie. Le trouble dépressif et anxieux d'intensité légère à moyenne représente une comorbidité psychiatrique du syndrome douloureux somatoforme persistant.

En conclusion, les experts ont estimé que les troubles présentés par l'assurée ne limitent pas significativement la capacité de travail dans une activité purement sédentaire. Dès lors, sur le plan somatique, les limitations fonctionnelles n'entrent pas en ligne de compte dans la profession actuelle ni dans les activités ménagères. Sur le plan psychique, les experts ont estimé que le degré d'incapacité de travail peut globalement être estimé de 50% de mai 1997 à mi-2006. Depuis lors, la

capacité résiduelle de travail est de 70% dans l'activité exercée. Ainsi, depuis l'octroi de la rente, l'état de santé psychique s'était progressivement amélioré.

10. Par courrier du 14 septembre 2007 adressé aux experts, l'assurée a fait part de son désaccord avec leurs conclusions, invoquant notamment ses migraines et son état de fatigue.
11. Par avis du 19 octobre 2007, la Dresse G_____ a relevé, au vu des conclusions prises par les experts, qu'il est possible de retenir une amélioration de l'état de santé de l'assurée puisqu'elle ne présente plus qu'un trouble dépressif et anxieux d'intensité légère à moyenne, représentant tout de même une comorbidité psychiatrique au syndrome douloureux somatoforme persistant, mais cette comorbidité est légère et la capacité de travail exigible est de 70%.
12. Le 19 décembre 2007, l'OCAI a communiqué à l'assurée un projet de suppression de rente, qu'elle a contesté en date du 4 janvier 2008.
13. Par courrier du 29 janvier 2008 adressé à l'OCAI, le Dr E_____ a indiqué que l'état de santé de sa patiente, qu'il suit depuis 2002, s'est aggravé. Elle se plaignait d'un état dépressif grave et d'une céphalée quotidienne avec un abus médicamenteux antalgique. Il devait donc organiser un sevrage médicamenteux et l'introduction d'un traitement de fond, probablement le Tryptizol, ceci en accord avec son médecin traitant, le Dr J_____. Il a ajouté que l'assurée était en outre suivie par le Dr K_____, spécialiste en médecine interne et maladies rhumatismales, qui l'avait mise en arrêt de travail à 100%. Selon le Dr E_____, la capacité de travail exigible à 70% n'était par conséquent plus d'actualité. Enfin, il demandait que l'OCAI prenne contact avec les Drs J_____ et K_____.
14. Par avis du 14 avril 2008, la Dresse G_____ a estimé que l'aggravation alléguée par le Dr E_____ était subjective et qu'elle n'était pas à même d'infirmer le point de vue émis par les Dresses H_____ et I_____.
15. Par décision du 17 juin 2008, l'OCAI a supprimé la demi-rente d'invalidité de l'assurée, au motif que son état de santé s'est amélioré notamment au niveau du cancer qui est en rémission et du trouble dépressif et anxieux qui est d'intensité légère. Dès lors, l'assurée avait une capacité de travail exigible à 70% tant dans l'activité habituelle que dans toute activité adaptée à ses compétences professionnelles. Le degré d'invalidité étant inférieur à 40%, le droit à la rente s'éteint.
16. Le 20 juin 2008, l'assurée interjette recours contre cette décision. Elle allègue que l'entretien avec l'expert psychiatre a été traumatisant, que ses absences au travail sont fréquentes en raison de son état de santé et qu'au mois de juin 2008 elle a été hospitalisée à la Clinique genevoise de Montana pour essayer de diminuer ses

douleurs. Elle indique être suivie par les Drs A _____, E _____, K _____ et J _____.

17. Dans sa réponse du 25 juillet 2008, l'intimé conclut au rejet du recours, au motif que les arguments de la recourante ne lui permettent pas de faire une appréciation différente.
18. Par courrier du 7 août 2008, la recourante relève avoir fait part à plusieurs reprises de son impossibilité de reprendre une activité à 70% alors qu'elle arrive à peine à maintenir son 50% et sollicite que son dossier soit réexaminé, son neurologue s'étant manifesté auprès de l'intimé en ce sens. Elle produit un rapport établi le 19 juin 2008 par le Dr L _____, spécialiste en médecine interne, médecine physique et réadaptation et médecine psychosomatique auprès de la Clinique genevoise de Montana. Il en résulte que la recourante a été hospitalisée du 21 mai au 4 juin 2008. Les diagnostics posés sont un trouble somatoforme douloureux (F 45.4), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen avec somatisations (F33.11), une ostéoporose ainsi que des migraines versus céphalées de tension.
19. Par courrier du 3 septembre 2008, Maître Thierry STICHER, avocat, s'est constitué pour la défense des intérêts de la recourante. Il a sollicité de pouvoir compléter le recours.
20. Dans ses écritures du 8 octobre 2008, la recourante conclut, à titre préalable, à l'audition des Drs E _____ et K _____ ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire, et à titre principal, à l'annulation de la décision, sous suite de frais et dépens. La recourante fait valoir notamment que selon le Dr A _____, son état de santé est resté stationnaire et que selon le Dr C _____, le pronostic de guérison est incertain. La recourante reproche à l'intimé de ne pas avoir examiné l'aggravation de son état de santé. Elle rappelle à cet égard avoir été hospitalisée et avoir été mise en arrêt de travail à 100% par le Dr K _____. La recourante produit par ailleurs un rapport établi le 30 août 2008 par le Dr E _____, indiquant que la recourante était revenue le consulter en raison de l'aggravation de ses céphalées, qu'elle souffre d'une maladie migraineuse, compliquée par une céphalée de tension et qui explique le caractère quasi quotidien de la céphalée. De nombreux traitements avaient été essayés, mais en raison des effets secondaires, il n'était pas très aisé de la soulager. La recourante ajoute que s'agissant du rapport d'expertise bidisciplinaire, les médecins ne se sont pas prononcés sur la question de l'évolution de l'état de santé entre le 2 mai 2000, date où a été rendue la décision d'octroi de rente, et le 17 juin 2008, date de la décision litigieuse, de sorte que ce rapport n'est pas, selon la recourante, d'utilité pour trancher le cas.

21. Dans ses observations du 15 décembre 2008, l'intimé persiste dans ses conclusions, au motif que le rapport d'expertise et les avis médicaux du SMR des 27 mars et 19 octobre 2007 font état d'une nette amélioration de l'état de santé de la recourante, qui ne présente plus qu'un trouble dépressif et anxieux d'intensité légère à moyenne. L'intimé se rallie en outre aux conclusions de la Dresse G _____, qui, dans un avis daté du 29 août 2008, relève que le rapport établi par le Dr L _____ fait certes état d'une légère aggravation de l'état de santé psychique de la recourante par rapport au diagnostic posé par les experts, mais que cette aggravation est réactionnelle à la décision de suppression de la rente d'invalidité et au grand choc qu'elle a entraîné.
22. Par courrier du 13 janvier 2009, la recourante persiste dans ses conclusions.
23. Sur ce, le Tribunal de céans a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont 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.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la décision litigieuse, du 17 juin 2008, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision) et, le 1^{er} janvier 2008, des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI

consécutives aux 4^{ème} et 5^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

3. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.
4. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé est fondé à supprimer, par voie de révision, la demi-rente d'invalidité de la recourante. Singulièrement, il s'agit d'examiner si l'état de santé de la recourante s'est amélioré depuis la décision initiale d'octroi de rente.
5. a) 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il n'y a en revanche pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas.

Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). A cet égard, c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5 p.110 ss). On ajoutera également qu'un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt I 559/02 du 31 janvier 2003, consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier: Urs MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrenten-revisionen, in:

Schaffauser/Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15).

b) D'autre part, le principe général du droit des assurances sociales selon lequel l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force qui n'a pas donné lieu à un jugement sur le fond, lorsque celle-ci est manifestement erronée et que sa rectification revêt une importance notable, a été consacré à l'art. 53 al. 2 LPGA. Selon la jurisprudence, une décision est sans nul doute erronée lorsqu'elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes ou que les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière erronée. En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 401 consid. 2b/bb et les références). 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 de l'époque (SVR 2006 UV n° 17 p. 60 [U 378/05] consid. 5.3 et les arrêts cités; arrêt B. du 19 décembre 2002, I 222/02 consid. 3.2). En effet, pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à cette époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389, 119 V 475 consid. 1b/cc p. 479).

Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était manifestement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision prise par l'administration (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 112 V 373 consid. 2c et 390 consid. 1b; arrêt non publié du 30 avril 2008 9C_187/2007). Lorsque le juge procède par substitution de motifs, cela implique qu'il procède à un double examen. En premier lieu, il doit se prononcer sur le caractère manifestement erroné de la décision initiale. S'il répond affirmativement à cette question, il doit alors examiner la situation existant au moment où la décision de révision de l'administration a été rendue, de façon à pouvoir rétablir une situation conforme au droit (consid. 1.2 de l'arrêt C. du 17 août 2005, I 545/02, SVR 2006 IV n° 21 p. 75).

6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas

comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

7. 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, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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 in fine).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

Enfin, en vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4).

8. Pour trancher le présent litige, il convient de comparer la situation de la recourante telle qu'elle se présentait le 2 mai 2000, date de la décision initiale d'octroi de la rente en sa faveur, et celle qui était la sienne au moment de la décision de suppression de la rente, le 17 juin 2008.
9. Lors de l'octroi initial de la rente, la recourante, qui avait présenté en 1996 une tumeur mammaire du sein gauche, traitée par mastectomie, était entrée en ménopause sous chimiothérapie et était encore sous traitement dans un contexte de kystes et d'hyperpression endométriale, éléments renforcés par des phénomènes de poussées hémorroïdaires et associés à un important état dépressif et d'épuisement. Les diagnostics posés étaient un status après mastectomie gauche, un carcinome caniculaire invasif associé à un cancer, un status après reconstruction mammaire gauche, un status après réduction mammaire droite, un status après révision des cicatrices supérieures pour syndrome algique sur nécrose graisseuse, une hyperplasie endométriale avec polypose excisée en mai 1998, une fissure anale récidivante ainsi qu'un état dépressif, pris en charge par le Dr B _____ dès juin 1997. L'incapacité de travail était de l'ordre de 50% (rapport du 20 septembre 1999 du Dr A _____, spécialiste FMH en médecine interne et oncologie).

Dans le cadre de la procédure de révision, l'intimé a mis en œuvre une expertise médicale effectuée par les Dresses H _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie et I _____-VIRET, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Sur la base d'un examen effectué les 6 et 8 juin 2007, ces médecins ont diagnostiqué un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) ayant une

répercussion sur la capacité de travail. L'assurée présentait également d'autres atteintes, mais sans répercussion sur la capacité de travail, soit notamment un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) existant depuis environ mi-1997, une spondylarthrose débutante sans myélopathie ni radiculopathie, une arthrose digitale débutante avec poussée congestive actuelle de l'IP du pouce droit, des troubles statiques modérées et anomalies de transition vertébrales dorsales et lombaires avec côte surnuméraire et possible TOS (syndrome du défilé des scalènes) de faible incidence, une ostéopénie précoce induite, traitée, des céphalées mixtes tensionnelles, médicamenteuses et sur migraines avec aura, des troubles digestifs fonctionnels, un kyste ovarien droit récidivant et un syndrome sec.

Selon les experts, le degré d'incapacité de travail pouvait être globalement estimé à 50% de mai 1997 à mi-2006 en raison du trouble psychique. Depuis lors, l'épisode dépressif moyen était en rémission et seul persistait un trouble anxio-dépressif d'intensité légère à moyenne, justifiant une incapacité de travail de 30%.

En se fondant sur cette expertise, l'intimé est d'avis que l'état de santé de la recourante s'est nettement amélioré depuis l'octroi de la demi-rente.

Le Tribunal de céans est cependant d'avis qu'il n'est en l'état pas possible de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'état de santé de la recourante s'est effectivement amélioré.

En effet, outre le fait que les diagnostics posés par les experts sont discutables au vu des pièces du dossier - selon eux, un syndrome douloureux somatoforme persistant existerait depuis mi-1997, alors qu'aucun rapport antérieur à l'expertise n'en fait état ; les experts ont retenu une amélioration de l'épisode dépressif depuis mi-2006, sans que l'on puisse comprendre comment cette date a été arrêtée - leurs conclusions et appréciations manquent également d'actualité, puisque la décision litigieuse (datée du 17 juin 2008) a été rendue plus d'une année après que les experts aient examiné la recourante (les 6 et 8 juin 2007).

Quoi qu'il en soit, le Tribunal de céans constate au vu des pièces versées à la procédure que la question des atteintes physiques et psychiques dont souffre la recourante n'est pas suffisamment éclaircie.

En effet, on relèvera que quand bien même le SMR a estimé, par avis du 6 juillet 2006, nécessaire de requérir un rapport complémentaire auprès du psychiatre traitant, aucune demande dans ce sens n'a été faite par l'intimé. En outre, il apparaît que la recourante a été hospitalisée à la Clinique genevoise de Montana en raison d'une aggravation de ses troubles psychiques, aggravation qui n'a pas été prise en compte par l'intimé, au motif que cette aggravation serait réactionnelle à la décision litigieuse (avis du 29 août 2008 de la Dresse G _____). Or, si le rapport du Dr M _____, médecin qui a suivi la recourante lors de l'hospitalisation précitée, a certes été établi le 19 juin 2008, soit après la notification de la décision

litigieuse (le 17 juin 2008), il n'en demeure pas moins que l'hospitalisation a eu lieu du 21 mai au 4 juin 2008, soit avant que la recourante n'ait connaissance de la suppression de la rente, de sorte que les explications fournies par la Dresse G_____ à propos de l'aggravation des troubles psychiques dont souffre la recourante ne sont absolument pas convaincantes.

Quant aux troubles somatiques, il y a lieu de relever que l'intimé n'a pas requis l'avis du Dr J_____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de la recourante ; ni celui du Dr E_____, spécialiste FMH en neurologie, qui suit pourtant la recourante depuis 2002 et qui a investigué la question des céphalées et des migraines ; ni celui du Dr K_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, qui a constaté une incapacité de travail totale et a fait hospitaliser la recourante à la Clinique genevoise de Montana.

Le Tribunal de céans considère, au vu de ce qui précède, que les pièces figurant au dossier et collectées par l'intimé ne lui permettent pas de se déterminer en toute connaissance de cause, que le dossier n'est ainsi pas en l'état d'être jugé sur la question de l'état de santé de la recourante au moment de la décision litigieuse du 17 juin 2008.

L'intimé n'ayant pas procédé à une instruction complète des troubles dont souffre la recourante, et n'ayant pas, en particulier, investigué la question d'une éventuelle aggravation de son état de santé, dont il avait à tenir compte dès lors qu'elle semble être survenue avant le moment où la décision litigieuse a été rendue, il convient de lui renvoyer le dossier pour instruction complémentaire auprès des médecins consultés par la recourante et, le cas échéant, mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire rhumatologique, neurologique et psychiatrique confiée à des spécialistes externes, qui seront chargés de se déterminer sur l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis la décision initiale d'octroi de la rente (2 mai 2000), sur les répercussions qu'entraînent les affections dont souffre la recourante sur sa capacité de travail, ainsi que sur la mesure dans laquelle une activité est exigible de sa part, dans quelles conditions et à quel taux.

On relèvera par ailleurs qu'un motif de reconsidération n'existe pas, dès lors que la décision prise le 2 mai 2000 n'apparaît pas manifestement erronée au regard des documents médicaux figurant au dossier.

Il résulte de ce qui précède que l'intimé n'était pas en droit de supprimer la rente d'invalidité de la recourante.

10. Le recours sera par conséquent partiellement admis et la décision du 17 juin 2008 annulée. Le dossier est renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision sujette à recours. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses

frais et dépens. L'intimé qui succombe sera condamné à un émolument de 1000 fr.
(art. 69 al. 1 bis LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'OCAI du 17 juin 2008.
4. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction médicale complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'OCAI à payer à la recourante la somme de 2'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de 1000 fr. à la charge de l'OCAI.
7. 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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR

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