

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2285/2007

ATAS/316/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 1**

**du 11 mars 2008**

En la cause

Madame R\_\_\_\_\_, domiciliée à ONEX, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Van LOON J. Potter

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelynne BOUCHAARA et Norbert HECK,  
Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame R \_\_\_\_\_, d'origine portugaise, en Suisse depuis mars 1986, a déposé le 3 novembre 1997 une demande auprès de L'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à l'octroi d'une rente. Elle allègue souffrir d'un rétrécissement du canal lombaire, d'une hernie discale lombaire et d'une hernie cervicale depuis 1991.
2. Son employeur, X \_\_\_\_\_ Genève, société coopérative, a indiqué qu'elle avait travaillé à 75% comme vendeuse en restauration traiteur depuis le 25 novembre 1991, réduit à 50% du 4 au 24 septembre 1996 et dès le 25 novembre 1996. Elle a cessé toute activité dès le 15 janvier 1997.
3. Dans un rapport du 3 août 1998, le Dr A \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en maladies rhumatismales, a posé les diagnostics de lombosciatalgies chroniques et cervicobrachialgies droites chroniques. Il a précisé que l'état dépressif réactionnel s'était amélioré et que les douleurs nocturnes avaient diminué. Il a fixé à 100% l'incapacité de travail de sa patiente à compter du 16 janvier 1997, à 50% du 6 au 9 octobre 1997 et à 100% dès le 10 octobre 1997.
4. Par décision du 3 novembre 1999, l'OCAI a reconnu le droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité, assortie de rentes complémentaires pour époux et enfants, dès le 1<sup>er</sup> septembre 1997.
5. Interrogé par l'OCAI dans le cadre de la révision du dossier, le Dr A \_\_\_\_\_ a déclaré, le 24 septembre 2001, que l'état de santé s'était aggravé, que l'assurée souffrait en effet d'érythromélagie, de PSH droite, de syndrome fémoro-patellaire bilatéral, de sorte que les douleurs à l'épaule droite et au genou rendaient la mobilité plus limitée. Il a ajouté qu'il y avait une bonne concordance entre les plaintes et son examen clinique.
6. L'OCAI a dès lors informé le 4 octobre 2001 l'assurée du maintien de sa demi-rente.
7. Lors d'une nouvelle révision initiée par l'OCAI, le Dr A \_\_\_\_\_ a confirmé le 22 août 2004 les diagnostics de PSH droite chronique depuis 1999, de gonalgie chronique depuis 2001, de dorsalgies droites chroniques depuis 2002, d'épicondylite droite chronique depuis 2003 et sans toutefois qu'il ait de répercussion sur la capacité de travail celui d'érythromélagie depuis octobre 2000. Selon le médecin, l'incapacité de travail est toujours entière depuis octobre 1997. Il considère que l'état de santé s'est aggravé.
8. Invité à préciser certains points par le Dr B \_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'OCAI, le Dr A \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait effectué cinq contrôles médicaux depuis douze mois, le dernier ayant eu lieu le 20 octobre 2004, que sa patiente ne

présentait pas de limitations s'agissant de l'épaule droite, qu'elle souffrait de douleurs à l'abduction et la rotation interne contrariée, qu'il n'y avait pas non plus de limitations pour les genoux, que le syndrome fémoro-patellaire était douloureux à la montée et à la descente des escaliers, enfin que la capacité à se déplacer était bonne.

9. Dans une note du 9 novembre 2004, le Dr B\_\_\_\_\_ a ainsi constaté qu'objectivement les limitations fonctionnelles (épaule, genoux) sont moins importantes, ce qui devrait être compatible au moins avec une activité légère à 50%. Il a dès lors proposé de soumettre l'assurée à une expertise auprès du Prof. C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie.
10. Celui-ci a examiné l'assurée les 19 juillet et 14 septembre 2005. L'expert a posé les diagnostics suivants : lombosciatalgies L5 droites chroniques, cervicobrachialgies C7 droites chroniques, canal lombaire étroit, dorsalgies et omalgies droites, PSH droite, canal carpien droit anamnestique, syndrome fémoro-patellaire, dépression réactionnelle, bronchite asthmatiforme, HTA, érythromélgies, allergie au Diprophos. S'agissant de déterminer quelles étaient les limitations en relation avec les troubles constatés ayant une influence sur la capacité de travail, il a indiqué que l'assurée présentait, de manière itérative, des lombosciatalgies L5 droites, non déficitaires, avec une symptomatologie de cervicobrachialgies C7 droites. Il a considéré, vu ses plaintes, l'examen clinique et les examens complémentaires effectués, qu'elle pouvait exercer son travail antérieur comme traiteur chez X\_\_\_\_\_ ou caissière, avec une limitation pouvant aller, mais pas dépasser 20%. Il rappelle que l'activité exercée par l'assurée de caissière et traiteur chez X\_\_\_\_\_ ne constituait pas un travail lourd et était adaptée à ses handicaps. Il n'a par ailleurs pas observé d'arguments en faveur d'une affection psychiatrique.
11. Le 13 mars 2007, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision aux termes de laquelle sa rente était supprimée dès le premier jour du deuxième mois qui suivrait la notification de la décision, étant précisé qu'un droit à une aide au placement était ouvert, sur demande motivée et écrite de sa part.
12. Par courrier du 3 avril 2007 adressé à l'assurée, le Dr A\_\_\_\_\_ a attesté que celle-ci était suivie à sa consultation depuis de nombreuses années, qu'elle présentait une érythromélgie depuis des années, que depuis deux ans elle avait développé une collagénose avec une atteinte inflammatoire articulaire, qu'une forte perturbation des tests hépatiques avait nécessité l'arrêt du traitement de cette atteinte, qu'elle souffrait également de gonalgies essentiellement à la montée et à la descente des escaliers sur un syndrome fémoro-patellaire bilatéral, qu'elle présentait des dorsalgies chroniques au niveau D5-D6 associées à des scapulalgies à droite depuis 2002, que depuis 1997 elle souffrait de cervicobrachialgies à droite et d'une petite hernie discale postéro-latérale droite et enfin qu'elle était connue pour des lombosciatalgies chroniques sur un canal lombaire étroit.

13. Une imagerie par résonance magnétique (IRM), pratiquée le 30 mars 2007 à la Clinique générale Beaulieu, a montré une lombarthrose intersomatique débutante à l'étage L5 avec dégénérescence graisseuse, un pincement discal avec dessiccation discale et débord discal circonférentiel L3-L4 et L4-L5, à l'étage L4-L5 une protrusion discale inférieure à un tiers du canal médiane et postéro-médiane droite venant au contact de la racine L5 droite, une asymétrie du fourreau dural à cet étage compatible avec des antécédents de voie inter-lamellaire droite sans signe de remaniement, une arthrose interarticulaire postérieure prédominant en L4-L5 et L5-S1 et à l'étage L4-L5, un canal lombaire étroit relatif estimé à 8 mm.
14. L'assurée a été entendue par l'OCAI le 4 avril 2007 et a produit divers rapports médicaux, soit des radiographies de l'épaule droite, de la colonne cervicale et des genoux datant de 1997, 1999, 2000, 2002 et 2005, ainsi que les courriers du Dr A \_\_\_\_\_ du 3 avril 2007 et de la Clinique générale de Beaulieu du 2 avril 2007.
15. Dans une note du 2 mai 2007, le Dr B \_\_\_\_\_ a constaté que les radiographies apportées par l'assurée étaient anciennes et déjà connues, en dehors de celle concernant la colonne lombaire et pratiquée le 27 mars 2007. Or, il y est décrit que les lombosciatalgies sont moins marquées actuellement et répondent au traitement bien plus rapidement ; de plus les limitations fonctionnelles objectives sont actuellement aussi peu importantes.
16. Par décision du 9 mai 2007, l'OCAI a supprimé la rente de l'assurée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification.
17. L'assurée, représentée par Maître Van LOON J. Potter, a interjeté recours le 11 juin 2007 contre ladite décision. Elle conteste que son état de santé se soit amélioré depuis 1997, souffrant au contraire d'affections nouvelles. Elle constate que dans son rapport du 19 juillet 2005, le Prof. C \_\_\_\_\_ signale d'une part que les mouvements d'inclinaison du tronc sont douloureux et d'autre part qu'elle peut travailler comme traiteur. Il ignore ainsi manifestement le fait que le travail de traiteur exige précisément beaucoup de mouvements d'inclinaison du tronc au quotidien.

Elle sollicite par ailleurs le rétablissement de l'effet suspensif.

L'assurée a complété son recours le 10 août 2007. Elle se réfère expressément aux rapports rédigés par son médecin traitant le Dr A \_\_\_\_\_, lequel confirme que son incapacité de travail était toujours entière. Elle conteste l'expertise du Prof. C \_\_\_\_\_, considérant que son rapport n'a pas valeur probante. Elle conclut préalablement à son audition, principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, et subsidiairement à ce qu'une expertise neutre soit ordonnée.

18. Dans sa réponse du 27 août 2007, l'OCAI a proposé au Tribunal de céans de refuser le rétablissement de l'effet suspensif et a réservé sa détermination sur le fond.
19. Par arrêt incident du 31 août 2007, le Tribunal de céans a rejeté la demande de l'assurée quant à l'effet suspensif.
20. Par courrier du 6 novembre 2007, l'OCAI se référant au rapport d'expertise rédigé par le Prof. C\_\_\_\_\_, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la suppression de la rente.
21. Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause gardée à juger.

### **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).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités).

Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 9 mai 2007 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant pour l'essentiel jusqu'à l'année 2001, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LPGA. Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité.

3. En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

4. L'objet du litige porte sur le droit de l'OCAI de supprimer la demi-rente accordée à l'assurée le 3 novembre 1999 et confirmée dans le cadre d'une première révision le 4 octobre 2001.
5. 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.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATFA non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid 3.2).

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 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). A l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (sur demande ou d'office; ATF 133 V 108).

6. Selon l'art. 53 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquentement des faits nouveaux importants ou trouve des moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (al. 1). L'assureur peut revenir sur les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (al. 2). Ainsi, si les conditions prévues à l'art. 17 LPGA font défaut, la décision de rente peut être éventuellement modifiée d'après les règles applicables à la reconsidération de décisions administratives passées en force. Conformément à l'art. 53 al. 2 LPGA, l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée sous l'angle matériel, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où la décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). Par le biais de la reconsidération, on

---

corrige 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).

Au regard de la sécurité juridique, une décision administrative entrée en force ne doit pouvoir être modifiée par le biais de la reconsidération que si elle se révèle manifestement erronée. Cette exigence évite que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (arrêt B. du 19 décembre 2002, I 222/02, consid. 3.2, et les références).

Dans un ATF non publié du 13 août 2003, en la cause I 790/01, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a jugé que l'office de l'assurance-invalidité, qui disposait d'avis médicaux contradictoires, avait pris une décision d'octroi de rente manifestement erronée. L'administration s'était contentée de statuer à la lumière de l'appréciation d'un des médecins, alors qu'il lui eut préalablement incombé d'élucider la divergence entre les deux certificats médicaux en ordonnant une expertise médicale. Ainsi, le dossier avait été insuffisamment instruit et la décision découlant de cette instruction lacunaire apparaissait manifestement erronée.

Dans un ATF non publié du 4 juillet 2003, en la cause I 703/02, le TFA a estimé que l'office de l'assurance-invalidité, en présence d'un seul avis médical émanant du médecin traitant, avait certes procédé à une instruction lacunaire, mais sa décision, basée sur un rapport médical clair, n'apparaissait pas manifestement erronée. Le TFA a notamment relevé : « Comme le seul avis médical au dossier émane du médecin traitant de S., il aurait sans doute été opportun de soumettre le prénommé, au terme de son stage de réadaptation, à un examen médical circonstancié auprès d'un médecin indépendant. L'office de l'assurance-invalidité y a renoncé, sans que l'on puisse toutefois considérer que l'instruction menée était lacunaire à tel point qu'il n'ait pas satisfait à ses obligations légales en la matière (art. 57 LAI et 69 du règlement sur l'assurance-invalidité - RAI). Or, s'il apparaît ultérieurement, à la suite d'une nouvelle analyse de la situation, que l'appréciation médicale du cas à l'époque était critiquable, cela ne rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement erronée ».

7. 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).

8. 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).
9. 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).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière

d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3). Ainsi, 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 353 consid. 3b/bb).

10. 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).
11. 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).
12. Pour trancher le présent litige, il convient de comparer la situation de l'assurée telle qu'elle se présentait le 4 octobre 2001, date à laquelle la décision d'octroi de la demi-rente a été confirmée, et celle qui était la sienne au moment de la décision de suppression de la rente, le 9 mai 2007.
13. Lors de l'octroi initial de la demi-rente, l'assurée présentait des lombosciatalgies chroniques et cervicobrachialgies droites chroniques, ainsi qu'un état dépressif en amélioration.

La première révision du dossier en septembre 2001 a révélé une aggravation de l'état de santé avec érythromélgie, PSH droite et syndrome fémoro-patellaire bilatéral. La demi-rente a ainsi été maintenue.

Dans le cadre de la deuxième révision qui fait l'objet du présent litige, le Prof. C\_\_\_\_\_ a été mandaté pour expertise. Il ressort de son rapport que l'assurée pourrait exercer son travail de traiteur chez X\_\_\_\_\_ exercé en dernier lieu ou une autre profession adaptée, celle de caissière par exemple, à 80%.

14. L'assurée conteste les conclusions du Prof. C\_\_\_\_\_ et relève plus particulièrement une incohérence importante figurant dans le rapport. L'expert en effet considère qu'elle peut travailler comme traiteur chez X\_\_\_\_\_, alors même qu'il admet que les mouvements d'inclinaison du tronc, pourtant fort courants dans cette activité, sont douloureux.

Il y a toutefois lieu de rappeler que l'expert faisant allusion à une activité légère a également mentionné le travail de caissière, travail que l'assurée a par ailleurs déjà exercé.

15. Il sied ainsi de considérer qu'a priori cette expertise remplit tous les critères pour que lui soit reconnue une pleine valeur probante, En effet les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, le rapport se fonde sur des examens complets, il prend également en considération les plaintes de l'assurée, et a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin les conclusions de l'expert sont dûment motivées.

16. Reste à déterminer si les conclusions du médecin traitant doivent ou non conduire le Tribunal de céans à s'écarter de celles de l'expert.

Il y a lieu de constater que tant le Dr A\_\_\_\_\_ que le Prof. C\_\_\_\_\_ retiennent les mêmes diagnostics. Ils diffèrent en revanche sur l'évaluation de l'effet de ces diagnostics sur la capacité de travail de l'assurée.

Le Dr A\_\_\_\_\_ a, depuis son premier rapport établi le 3 août 1998, maintenu l'évaluation de l'incapacité de travail de sa patiente à 100%. Dans le cadre de la révision initiée par l'OCAI en 2001, il a indiqué que l'état de santé s'était aggravé. Il l'a confirmé en 2004, ajoutant les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de dorsalgies droites chroniques survenues dès 2002 et d'épicondylite chronique depuis 2003. Il a toutefois précisé que l'assurée ne présentait pas de limitations s'agissant de l'épaule droite et des genoux, mais qu'elle souffrait de douleurs à l'abduction et la rotation interne contrariée, et lorsqu'elle montait ou descendait des escaliers.

Le Tribunal de céans relève ainsi que selon les déclarations mêmes du médecin traitant, lesquelles rejoignent les constatations de l'expert, les limitations fonctionnelles de l'épaule droite et des genoux sont moins importantes qu'en 2001, de sorte qu'on ne voit pas ce qui empêcherait l'assurée d'exercer à 80% une activité légère adaptée à ses handicaps. Celle de caissière par exemple paraît correspondre parfaitement à la capacité de travail de l'assurée, compte tenu de ses limitations. Force dès lors est de constater que les conditions de la révision sont réalisées.

L'assurée a sollicité une comparution personnelle des parties. Il y a à cet égard lieu de rappeler que si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation

consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

17. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Lorsque les revenus avec et sans invalidité déterminants sont ainsi calculés sur la même base, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail (ATFA du 30 juin 2006, I 43/05). Compte tenu de l'incapacité de travail précitée le degré d'invalidité est de 20%, soit un taux insuffisant pour justifier l'octroi d'une rente AI.

18. Aussi le recours, mal fondé, doit-il être rejeté.
19. Il y a enfin lieu de rappeler que l'art. 18 al. 1 LAI a été modifié lors de la 4ème révision de la LAI. Aux termes de l'art. 18 al. 1 première phrase LAI (dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2004), les assurés invalides qui

sont susceptibles d'être réadaptés ont droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié, et, s'ils en ont déjà un, à un conseil suivi afin de le conserver.

Cette modification de l'art. 18 al. 1 LAI ne figurait pas dans le message du Conseil fédéral, mais elle a été introduite par la Commission du Conseil national. L'idée à l'origine de cette nouvelle formulation était de renforcer le soutien apporté d'office lors de la réadaptation. L'art. 18 al. 1 LAI (dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2004) a donc étendu les droits des assurés à l'égard des offices AI en matière d'aide au placement (SVR 2006 IV Nr. 45 consid. 4.2 p. 164 [I 427/05]; arrêt B. du 22 septembre 2005 [I 54/05]). L'octroi d'une aide au placement entre en considération lorsque l'assuré est entravé dans sa recherche d'un emploi adapté en raison du handicap découlant de son état de santé (ATF 116 V 80 consid. 6a p. 81). L'invalidité ouvrant droit au service de placement suppose donc que les difficultés éprouvées par l'assuré pour trouver un travail approprié par ses propres moyens soient dues à son état de santé (VSI 2000 consid. 2b p. 71 [I 409/98]). Ainsi, il faut qu'il y ait un lien de causalité entre l'invalidité et la nécessité d'une aide au placement (Jean-Louis DUC, L'assurance-invalidité, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème édition, ch. 153 et la note n° 210).

Le droit au service de placement présuppose que la mesure soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en ce qui concerne l'assuré (SVR 2006 IV Nr. 45 consid. 4.1.1 p. 164). En effet, une mesure de réadaptation ne saurait être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, au moins partiellement, d'être réadaptée (MEYER-BLASER, op. cit. p. 85; VSI 2002 consid. 2 p. 112 [I 370/98]).

Il appartiendra à l'assurée de solliciter, le cas échéant, une telle mesure.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. 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

La Présidente

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

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