

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3069/2008

ATAS/563/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 7 mai 2009

En la cause

Madame S_____, domiciliée à ONEX, comparant avec élection
de domicile en l'étude de Maître Jacques-Alain BRON

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Maria GOMEZ et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame S_____ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en 1965 et ressortissante portugaise, a travaillé en tant qu'aide-soignante à l'EMS X_____ à compter du 1^{er} juillet 1991.
2. Dans un rapport daté du 10 juillet 2000, le Dr A_____, médecin associé responsable du centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a relaté que la patiente avait développé des lombalgies progressives durant les huit années précédentes. Il ressort de l'anamnèse qu'en juin 1998, une brusque lombosciatalgie gauche est apparue après que la patiente eut retenu l'une des pensionnaires de l'établissement dans lequel elle travaillait, qui avait glissé dans les douches. Un bilan radiologique avait conclu à une protrusion discale cervicale et à une hernie discale L3-L4 sans effet compressif. L'assurée avait été en arrêt de travail à 100% dès la fin de l'année 1998 et n'avait pu reprendre son activité professionnelle qu'à 50% depuis lors. Des gonalgies gauches étaient également apparues, avec sensation de faiblesse dans les membres inférieurs et lâchages du genou gauche, se manifestant principalement lors de la descente d'escaliers. Depuis environ six ans, la patiente se plaignait également de céphalées chroniques. Après son accouchement, fin 1999, elle avait remarqué l'apparition de douleurs dans l'épaule gauche, déclenchées par la mobilisation ou le port de charges; ces douleurs pouvaient persister durant une bonne partie de la journée. Le Dr A_____ a constaté que tous les points de fibromyalgie étaient positifs. Il a diagnostiqué des céphalées de tension, des cervico-dorso-lombalgies chroniques et des douleurs de l'épaule gauche.
3. Le 4 octobre 2000, l'assurée a déposé auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) une demande de prestations tendant à l'octroi d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession et d'une rente.
4. Interpellé par l'OCAI, l'employeur de l'assurée a indiqué, en date du 26 octobre 2000, que le dernier jour de travail effectif de son employée remontait au 30 avril 1999; elle travaillait alors à 50% ; il a expliqué avoir résilié le contrat de travail avec effet au 31 janvier 2001 en raison de l'absentéisme de l'intéressée, dont il a précisé que, sans atteinte à la santé, elle aurait réalisé un revenu mensuel de 3'828 fr. 75 et que son salaire annuel s'était élevé à 63'655 fr. 35 en 1998 et à 60'042 fr. 75 en 1999.
5. Dans un rapport daté du 24 novembre 2000, la Dresse B_____, généraliste FMH, a indiqué que l'atteinte à la santé existait depuis 1994. Le médecin a conclu à une incapacité de travail totale dès le 26 juin 2000. Confirmant les diagnostics déjà posés, la Dresse B_____ y a ajouté celui d'asthénie. Interrogée sur les limitations professionnelles rencontrées par sa patiente, la Dresse B_____ a émis l'avis que cette dernière ne pouvait conserver la position assise ou debout au-

delà de quatre heures par jour ; il lui était également difficile de s'agenouiller, de s'accroupir, d'utiliser son l'épaule gauche, de soulever, porter ou déplacer des charges excédant un kilo, d'effectuer des mouvements occasionnels ou répétitifs des membres ou du dos, d'exercer un travail en hauteur ou sur une échelle, ou encore de se déplacer sur sol irrégulier ou en pente. La Dresse B_____ a estimé que la capacité de travail raisonnablement exigible de sa patiente dans une activité adaptée à ces limitations était de quatre heures par jour.

6. Le Dr C_____, spécialiste en médecine interne FMH et médecin-conseil de la GENERALI ASSURANCES, après avoir examiné la patiente, le 26 octobre 2000, a relaté que cette dernière se plaignait de fatigue intense, de maux de tête, de douleurs cervicales et lombaires ainsi que d'une douleur et d'une limitation des mouvements au niveau de l'épaule gauche (cf. rapport du 1^{er} novembre 2000). Le Dr C_____ a précisé qu'il ignorait quels diagnostics avaient été posés concernant l'épaule gauche de la patiente. Son examen clinique lui avait permis de constater que la palpation de toutes les vertèbres réveillait une douleur. Le médecin a conclu que tous les symptômes étaient fixés définitivement dans un état chronique dont il a estimé qu'il n'évoluerait jamais favorablement. Il a émis l'avis que l'assurée ne pouvait plus exercer le travail qui était le sien auparavant mais qu'à compter du 1^{er} janvier 2001, elle devait être considérée comme apte à exercer à 50% une activité légère, n'impliquant pas d'effort physique et tenant compte de son handicap à l'épaule gauche.
7. Par décision du 9 juillet 2002, l'OCAI a alloué à l'assurée, à titre rétroactif, une demi-rente d'invalidité du 1^{er} octobre 1999 au 31 juillet 2000 et une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2000 au 31 mai 2002. L'OCAI a considéré que l'assurée avait été dans l'incapacité de travailler depuis le 8 septembre 1998 et qu'à l'échéance du délai de carence d'une année, soit le 8 septembre 1999, son incapacité était de 50% dans les activités habituelles, les autres 50% étant liés à sa grossesse. L'OCAI a admis que l'état santé de l'intéressée s'était aggravé depuis le 1^{er} mai 2000. Comparant le revenu sans invalidité (60'621 fr., correspondant au revenu moyen des trois dernières années de travail ressortant des comptes individuels AVS et tenant compte de « l'indice suisse d'augmentation du coût de la vie » de 1999 à 2001) au revenu que l'assurée aurait pu obtenir malgré l'atteinte à sa santé en exerçant à 50% une activité adaptée (de type employée de bureau), en se basant sur les recommandations salariales de la Société suisse des employés de commerce, soit 19'903 fr., l'OCAI a conclu à un degré d'invalidité de 67,17 %.
8. Par décision du 1^{er} octobre 2002, l'OCAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité dès cette date, puis, par décision du 16 octobre 2002, il lui a versé à titre rétroactif une rente entière du 1^{er} juin au 30 septembre 2002.
9. En janvier 2004, l'OCAI a ouvert une procédure de révision de rente motivée par la 4^e révision de la loi sur l'assurance-invalidité (ci-après : LAI). Interrogée par

l'OCAI, l'assurée a alors indiqué que son état de santé était toujours le même et que, malgré le repos, elle avait des journées très difficiles.

10. Dans un rapport daté du 23 février 2004, la Dresse B_____ a conclu à un état de santé stationnaire et a précisé qu'aucun changement n'était intervenu dans les diagnostics, si ce n'est l'apparition d'une hypertension artérielle depuis avril 2001.
11. Le Dr D_____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), auquel a été soumis le dossier de l'assurée, a relevé que le taux d'invalidité de 67% reconnu précédemment à l'assurée reposait uniquement sur une estimation du médecin-conseil de la caisse-maladie (recte : assurance perte de gain) et a préconisé une expertise rhumatologique, dont il a jugé qu'elle était nécessaire pour évaluer le degré d'invalidité de manière plus documentée. Il a suggéré de mandater le Dr E_____, rhumatologue FMH (cf. avis médical du 18 mai 2004).
12. Dans son rapport d'expertise du 23 avril 2005, le Dr E_____ a indiqué que la patiente se plaignait de lombalgies avec dorsalgies constantes, de type « coup de couteau », accompagnées parfois de douleurs cervicales, de quelque épisodes de blocage lombaire, de douleurs de l'épaule gauche principalement, parfois de l'épaule droite, constantes et exacerbées par la mobilisation, d'une fatigue très importante accompagnée de céphalées et de vertiges intermittents qui la limitaient dans la vie de tous les jours. Le Dr E_____ a constaté lors de l'examen clinique la présence de six points douloureux sur 18 compatibles avec un tableau clinique de fibromyalgie, l'absence de douleurs musculaires à la palpation, la présence d'un syndrome algo-dysfonctionnel C3 gauche, l'absence de syndrome algo-dysfonctionnel et de contractures musculaires paravertébrales au niveau dorsal, une bonne mobilité du rachis lombaire et un certain état d'angoisse - sans pouvoir mettre en évidence d'éléments de la lignée dépressive. Les tests de Waddell se sont révélés négatifs. Le Dr E_____ a diagnostiqué des cervicalgies et lombalgies chroniques non spécifiques ainsi qu'un possible état dépressif sous-jacent. Il a conclu à une capacité de travail entière dans une activité professionnelle légère permettant d'éviter le port de charges et les mouvements répétitifs. En revanche, le médecin n'a pas pu se déterminer quant à une éventuelle diminution de rendement dont il a expliqué qu'elle dépendait des ressources de l'assurée à s'adapter à une réadaptation professionnelle. Toutefois, vu la possibilité d'état dépressif, il a préconisé d'effectuer une expertise psychiatrique afin d'évaluer l'influence d'une telle atteinte sur la capacité de l'assurée à exercer une activité légère. Quant à l'activité d'aide-soignante exercée précédemment, l'expert a émis l'avis qu'elle n'était plus exigible, en raison des rachialgies chroniques qui entraînaient un handicap algo-fonctionnel incompatible avec une profession demandant des efforts de soulèvement répétés. L'expert a finalement conclu à une incapacité de travail de 20% au moins depuis janvier 1999, précisant que le degré d'incapacité de travail ne s'était pas modifié depuis lors.

13. Le Dr F_____, spécialiste en médecine interne FMH et médecin auprès du SMR, a préconisé de suivre la proposition de l'expert et de mettre en œuvre une expertise auprès de la Dresse G_____, psychiatre et psychothérapeute FMH (cf. avis médical du 30 juin 2005).
14. Cette dernière a rendu son rapport en date du 2 décembre 2005. La Dresse G_____ y a indiqué que l'assurée décrivait une asthénie importante, accompagnée de douleurs et raideurs, des troubles de la concentration et de la mémoire, une thymie triste, un repli sur soi, une faible estime d'elle-même, un sentiment de culpabilité, de l'anxiété, des sensations vertigineuses, des difficultés d'endormissement et des réveils nocturnes plusieurs fois par nuit ainsi qu'une perte de poids. A l'examen clinique, la Dresse G_____ a constaté un résultat de 35 sur 60 à l'échelle de dépression de Montgomery et Asberg (résultat correspondant à une dépression moyenne). Elle a noté que la symptomatologie était survenue durant les dernières années, suite à l'apparition des douleurs. La Dresse G_____ a diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et des cervico-lombalgies chroniques. Elle a également mentionné une hypertension artérielle, tout en précisant que celle-ci était sans répercussion sur la capacité de travail. Le médecin a émis l'avis que les douleurs rachidiennes, majorées par de petits accidents ou fausses manœuvres, étaient apparues dans un cadre professionnel probablement trop investi affectivement et pénible physiquement. Il a été relevé que l'état dépressif n'avait pas été évoqué par les HUG en 2001; l'expert a émis l'hypothèse que l'incapacité de travail du mari de l'assurée ait joué un rôle dans la chronicisation de la pathologie de cette dernière; le couple s'était replié sur lui-même et s'était fixé dans la maladie. Selon l'expert, l'état dépressif de l'assurée s'est développé suite à la dégradation de son état de santé mais aussi à des « pertes sociales ». La Dresse G_____ a estimé que l'assurée avait besoin d'un traitement médicamenteux et d'une prise en charge psychologique. Elle a conclu à une incapacité de travail entière, précisant que si l'état psychique s'améliorait suffisamment, une réinsertion dans une profession moins pénible physiquement, sans trop de stress et accompagnée de contacts humains avec reprise très progressive au début (25 %) serait envisageable.
15. Le Dr F_____, du SMR, a quant à lui relevé que la rente d'invalidité semblait avoir été allouée à l'assurée en raison de l'atteinte à son épaule gauche et d'un syndrome douloureux diffus non précisé dans un contexte évoquant une fibromyalgie. Il a estimé que l'expertise du Dr E_____ montrait une très nette amélioration de l'état de santé somatique, dans la mesure où il n'y avait pas de limitation à la mobilisation des articulations, où l'expert n'avait pas retenu d'atteinte fonctionnelle au niveau de la main gauche, alors que son examen mettait en évidence un déficit net de la force, et où il n'avait pas non plus retenu d'atteinte de l'épaule gauche, de syndrome diffus non précisé. Le Dr F_____ en a tiré la conclusion que les diagnostics sur lesquels reposait la décision initiale n'étaient plus justifiés médicalement. Il a ajouté que, sur le plan psychiatrique, le traitement

préconisé par la Dresse G_____ était exigible et reconnu pour réduire le dommage, voire entraîner la guérison dans un délai habituel de moins de trois mois, de sorte qu'il convenait de prévoir un examen psychiatrique au SMR après un tel laps de temps pour évaluer l'effet du programme de soins sur la capacité de travail de l'assurée et sur l'évolution des atteintes à sa santé (cf. avis médical du 22 février 2006).

16. Le 26 avril 2007, l'assurée a donc été examinée par la Dresse H_____, psychiatre FMH et médecin auprès du SMR. Celle-ci a indiqué n'avoir constaté ni troubles du cours de la pensée, ni troubles de la lignée anxieuse, ni élément évocateur d'une atteinte du registre psychotique ni trouble grave de la personnalité. La Dresse H_____ a mis en évidence une psychomotricité calme sans être ralentie, une thymie globalement morose, une image de soi dégradée, des sentiments de culpabilité, sans anhédonie, ni idéation suicidaire, ni fatigabilité. Dans son rapport du 22 mai 2007, le médecin a diagnostiqué un status après épisode dépressif d'intensité moyenne avec syndrome somatique, en rémission (F33.4). Une dysthymie (F34.1) a également été mentionnée, tout en précisant qu'elle était sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. La Dresse H_____ a fait état d'une évolution favorable à la suite de la mise en place du traitement spécialisé, l'assurée ne souffrant plus que des conséquences de son inactivité professionnelle. Le médecin a estimé que l'intéressée avait les capacités psychiques de reprendre une activité professionnelle adaptée à son état de santé somatique et qu'il n'y avait plus de comorbidité psychiatrique. La Dresse H_____ a ajouté que l'octroi d'une rente entière à compter du 1^{er} août 2000 avait été médicalement justifié par une aggravation des douleurs somatiques et l'apparition d'un épisode dépressif d'intensité moyenne avec syndrome somatique. Elle a conclu à une capacité de travail entière sur le plan psychiatrique à compter du mois d'avril 2007 dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles somatiques de l'assurée.
17. Le 15 janvier 2008, M^e BRON a informé l'OCAI que l'assurée lui avait confié la défense de ses intérêts avec élection de domicile en son Étude.
18. Le 2 avril 2008, l'OCAI a communiqué à l'assurée un projet de décision aux termes duquel il se proposait de remplacer sa rente entière par un quart de rente. En effet, après comparaison du revenu sans invalidité (71'834 fr. 90) avec celui que l'assurée aurait pu obtenir malgré l'atteinte à sa santé (42'294 fr. 30, sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires, après abattement de 15%), l'OCAI aboutissait à un degré d'invalidité de 41%. L'OCAI a donné la possibilité à l'assurée de présenter ses objections dans un délai de 30 jours en précisant que les délais en jours ne couraient pas du septième jour avant Pâques au septième jour après Pâques inclus.
19. Par courrier recommandé expédié le 5 mai 2008, l'assurée a fait part à l'OCAI de l'absence de changement de son état clinique dont elle a allégué qu'il avait même tendance à s'aggraver. L'assurée a reproché à l'OCAI d'avoir en réalité procédé à

une nouvelle appréciation de son état de santé. A l'appui de ses dires, elle a produit un rapport établi par la Dresse B_____ en date du 25 février 2008, dans lequel le médecin allègue que la rente a été allouée depuis 1999 pour des cervico-dorso-lombalgies chroniques, des douleurs à l'épaule gauche et un état dépressif, que la symptomatologie est restée identique depuis 2000, voire a eu tendance à augmenter en intensité, que l'on observe toujours, cliniquement, des limitations fonctionnelles algiques de la colonne cervico-dorso-lombaire et des douleurs à l'épaule gauche, que la patiente est dans l'impossibilité de conserver la position assise ou debout et d'assumer un travail nécessitant de la force, même légère. La Dresse B_____ conclut que la capacité de travail de sa patiente ne s'est pas améliorée suite aux mesures médicales mises sur pied, qu'au contraire, elle s'est péjorée suite à l'apparition d'un état dépressif en 2000.

20. Le 6 mai 2008, l'OCAI a transmis une copie de sa décision à la Caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après : CCGC) afin que cette dernière procède au calcul de diminution de rente.
21. Le 7 mai 2008, l'OCAI a informé l'assurée que ses remarques du 5 mai 2008 lui étaient parvenues hors délai et qu'il avait demandé à la CCGC de lui notifier une décision sujette à recours. L'OCAI a ajouté qu'au demeurant, les allégations de l'assurée ne lui permettaient pas de revenir sur sa décision qui déployait tous ses effets.
22. Par décision formelle du 29 mai 2008, adressée directement à l'assurée, l'OCAI a confirmé la position exprimée dans son projet du 2 avril 2008 et remplacé la rente entière d'invalidité de l'intéressée par un quart de rente à compter du 1^{er} juillet 2008.
23. Le 11 juin 2008, l'assurée a fait remarquer à l'OCAI qu'il n'avait pas respecté l'élection de domicile chez son conseil et lui a demandé de procéder à une nouvelle notification.
24. Le 30 juin 2008, l'OCAI a rendu une nouvelle décision, annulant et remplaçant celle du 29 mai 2008, et l'a notifiée au mandataire de l'assurée.
25. Par acte du 26 août 2008, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans. Elle conclut, sous suite de dépens, au versement d'un trois-quarts de rente fondé sur un taux d'invalidité de 67%, à partir du 1^{er} septembre 2008. A titre préalable, la recourante invoque la nullité de la décision de l'OCAI au motif que l'intimé a violé son droit d'être entendue en ne prenant pas en considération ses observations du 5 mai 2008, pourtant expédiées dans le délai légal de 30 jours. Pour le reste, elle relève que le dossier de l'intimé ne fait état d'aucune amélioration de son état de santé somatique alors que ce dernier avait justifié à lui seul la fixation de son degré d'invalidité à 67% en 2002; la seule amélioration mentionnée concernait son état de santé psychique, lequel n'avait toutefois pas été pris en compte lors de l'octroi de la

rente. La recourante conteste au surplus la valeur probante du rapport d'expertise du Dr E_____, auquel elle reproche de n'avoir pas motivé les raisons pour lesquelles il n'a pas retenu l'atteinte à son épaule gauche - pourtant confirmée par le dossier radiologique - et d'avoir commis de nombreuses imprécisions, incohérences et erreurs notamment dans l'anamnèse et l'historique. En définitive, la recourante fait valoir que l'OCAI, sous couvert de révision, a en réalité procédé à une nouvelle appréciation d'une situation de fait inchangée. A titre subsidiaire, la recourante soutient que sa rente ne pouvait être révisée avant le 1^{er} septembre 2008, c'est-à-dire avant l'échéance du délai de recours, compte tenu des fériés.

26. Dans sa réponse du 27 octobre 2008, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il relève que, dans la mesure où le Tribunal dispose du même pouvoir de cognition que l'OCAI, il peut remédier à une éventuelle violation du droit d'être entendu. L'intimé soutient par ailleurs que la rente initiale a été accordée en tenant compte tant de la problématique physique que psychique de l'assurée, dès lors que le rapport des HUG du 16 janvier 1999 mentionnait une dysthymie modérée et un traitement par le Dr I_____, psychiatre et psychothérapeute FMH. Il souligne que l'évolution favorable sur le plan psychique a été admise tant par la Dresse G_____ que par le psychiatre traitant. Quant à l'évolution sur le plan physique, elle ressort de l'amélioration de la mobilité objectivée par le Dr E_____ par rapport aux constatations faites à l'époque par le Dr C_____. Subsidiairement, l'intimé soutient que si le Tribunal devait conclure à l'absence d'amélioration de l'état de santé de l'assurée, la rente allouée à cette dernière devrait néanmoins être réduite, les conditions d'une reconsidération étant réalisées. A cet égard, l'intimé allègue que la rente initiale a été accordée sans examen du dossier par le SMR et sans mise en œuvre d'une expertise psychiatrique alors que, tous les points de fibromyalgie s'étant révélés positifs, il aurait fallu appliquer la jurisprudence restrictive concernant le caractère invalidant d'un trouble somatoforme - déjà en vigueur au moment de la décision initiale. Ne pas avoir appliqué cette jurisprudence constitue selon l'intimé une erreur manifeste.

A l'appui de sa position, l'intimé a encore produit un avis manuscrit du Dr J_____, médecin au SMR, établi le 21 octobre 2008. Le Dr J_____ y défend l'opinion qu'une dysthymie ne justifie pas une incapacité de travail, qu'il y a eu une amélioration de la mobilité au niveau de l'épaule et une légère amélioration de la flexion sur le plan lombaire.

27. Par écriture du 26 novembre 2008, la recourante a contesté le fait que son état dépressif ait été retenu pour motiver l'octroi de la rente en 2002. Elle fait remarquer que, selon la Dresse G_____, cette symptomatologie est survenue durant ces dernières années. Quant à l'avis du Dr J_____, elle constate qu'il se fonde sur l'expertise du Dr E_____ et en tire la conclusion qu'il ne doit pas se voir accorder davantage de valeur probante que ce dernier. Selon elle, cet avis constitue une tentative a posteriori de justifier une décision erronée. La recourante maintient

que la décision initiale de rente a été rendue sur la base d'un dossier médical complet, qu'elle était motivée par une discopathie et une hernie consécutive à une chute ainsi que par une arthrose acromio-claviculaire et non par une fibromyalgie. Elle ajoute qu'au demeurant, aucune expertise psychiatrique n'a été mise en œuvre à l'époque.

28. Le 1^{er} décembre 2008, le Tribunal de céans a communiqué cette écriture à l'intimé et gardé la cause 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'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la LAI du 19 juin 1959. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité, est applicable en l'espèce dès lors que les faits juridiquement déterminants sont postérieurs à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852), sont régies par le même principe et sont applicables au droit à la rente dès le 1^{er} janvier 2004.

Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances et l'introduction de frais de justice lors de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA et art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le litige est soumis au nouveau droit puisque le recours a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision du 30 juin 2008 a été reçue par la recourante le même jour de sorte que le délai de recours a débuté le 1^{er} juillet 2008 pour prendre fin, compte tenu des fêtes, le 1^{er}

septembre 2008 (art. 38 al. 1, 3, 4 let. b et 60 al. 2 LPGA). Par conséquent, le recours du 26 août 2008 a été formé en temps utile (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

4. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est modifié de façon à influencer son degré d'invalidité et de justifier la suppression, par voie de révision, de la rente qui lui était précédemment allouée.
5. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

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 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 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 (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006, consid. 4.1). 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 dernière décision entrée en force reposant 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 et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4).

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, 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 (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. 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 351 consid. 3b/bb).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee).

7. Le principe 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 certainement erronée et que sa rectification revêt une importance appréciable, l'emporte sur la procédure de révision. Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 112 V 373 consid. 2c et 390 consid. 1b). Si le juge est

le premier à constater que la décision initiale était manifestement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision 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). Il sied de relever que la reconsidération est désormais expressément prévue à l'art. 53 LPGA.

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). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 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).

Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste (« zweifellos unrichtig »), de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (ATF non publiés 9C_575/2007 du 18 octobre 2007, consid. 2.2 et I 907/06 du 7 mai 2007, consid. 3.2.1).

8. Dans un premier grief, la recourante invoque une violation de son droit d'être entendue. Elle reproche à l'intimé de n'avoir pas pris en considération les observations formulées suite à la communication du projet de décision avant d'établir sa décision formelle de révision de rente.

La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. et qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 129 II 504 consid. 2.2), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur

propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b et les références).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 V 132 consid. 2b et les références).

En matière d'assurance-invalidité, la procédure d'audition préalable de l'art. 57a LAI concrétise ces garanties de rang constitutionnel lors de la phase de réduction d'une prestation déjà allouée (ATF 124 V 182 consid. 1c; voir aussi ATF 131 V 41 consid. 4.2).

L'art. 73^{ter} al. 1 RAI prévoit que les parties peuvent faire part à l'Office AI de leurs observations sur le préavis dans un délai de 30 jours. Or, en l'espèce, la recourante a reçu ledit préavis, le 3 avril 2008, de sorte que le délai de 30 jours a commencé à courir le lendemain (art. 38 al. 1 LPGA) et pris fin le samedi 3 mai, respectivement le lundi 5 mai 2008, conformément à l'art. 38 al. 3 LPGA. Il en découle qu'en expédiant ses observations le 5 mai 2008, la recourante a agi en temps utile puisqu'il suffit, pour que le délai soit considéré comme respecté, que les écrits soient remis à La Poste suisse le dernier jour du délai au plus à tard (art. 39 al. 1 LPGA). Par conséquent, c'est effectivement à tort que l'intimé n'a pas pris en compte les observations de l'assurée avant d'émettre sa décision de révision de rente; il a, ce faisant, violé le droit d'être entendu de cette dernière.

Le Tribunal fédéral a jusqu'ici laissé ouverte la question de savoir si le délai de l'art. 73^{ter} al. 1 RAI peut être prolongé et implicitement s'il s'agit d'un délai légal ou d'un délai d'ordre (cf. ATF non publiés 9C_480/08 du 27 janvier 2009, consid. 3 et 9C_50/2008 du 8 septembre 2008, consid. 2). Cette question n'a pas davantage besoin d'être tranchée car, dans le cadre du présent recours, la recourante a eu la possibilité de s'expliquer sur les conditions de la révision de sa rente devant le Tribunal de céans qui dispose d'une pleine cognition. De cette façon, elle a pu soumettre l'ensemble de son argumentation à l'administration de sorte que sa position n'a pas été gravement compromise. En conséquence, il faut admettre que l'atteinte antérieure au droit d'être entendu de la recourante a pu être réparée devant le Tribunal de céans.

9. A titre préalable, il convient de relever que l'intimé a renoncé à réviser la rente entière d'invalidité de la recourante à la suite de la 4^e révision de l'AI sans, toutefois, rendre une décision dans ce sens. Il a considéré que le rapport d'expertise

de la Dresse G_____ du 2 décembre 2005 avait conclu à une incapacité de travail entière dans toute activité en raison d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Ce faisant, l'intimé n'a pas procédé à un réexamen matériel du droit à la rente conforme au droit. Par conséquent, l'examen d'une éventuelle modification du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA doit comparer la situation prévalant au moment de la fixation du taux d'invalidité de 67% par décision du 9 juillet 2002 avec celle existant au moment de la décision de révision de rente du 30 juin 2008.

Dans son rapport du 22 mai 2007, la Dresse H_____ a retenu que seuls les troubles physiques de la recourante étaient susceptibles de provoquer une diminution de sa capacité de travail. Elle a conclu à une nette amélioration de la thymie depuis l'expertise de la Dresse G_____, suite à l'introduction d'un traitement médicamenteux et d'un suivi psychique, et a conclu à une capacité de travail entière sur le plan psychiatrique depuis avril 2007.

S'il est vrai que, dans son rapport du 25 février 2008, la Dresse B_____ mentionne un état dépressif apparu en 2000 parmi les atteintes à la santé ayant justifié l'octroi de la rente d'invalidité, force est de constater qu'elle n'invoquait pas un tel diagnostic dans son rapport du 24 novembre 2000, ce qui donne à penser qu'il n'entraînait alors pas d'incapacité de travail. Cette supposition est confirmée par le rapport du Centre multidisciplinaire de la douleur des HUG du 16 janvier 1999 qui fait état d'une dysthymie, tout en précisant qu'elle était modérée et que la patiente disposait de très bonnes ressources psychologiques pour faire face à cette situation. Par conséquent, la comparaison des éléments déterminants lors des deux périodes doit se limiter à l'examen des seules affections physiques puisqu'elles seules étaient invalidantes à l'époque de la décision initiale comme à celle de la révision.

A l'époque de l'octroi de la rente, dans son rapport du 10 juillet 2000, le Centre multidisciplinaire de la douleur des HUG diagnostiquait des céphalées de tension, des cervico-dorso-lombalgies chroniques et des douleurs de l'épaule gauche. L'examen clinique mentionnait une douleur élective à la palpation du trapèze et du long chef du biceps gauche, une douleur à la palpation C5 à C7, une douleur à la palpation de l'articulation coraco-acromiale, une mobilisation douloureuse au-delà de 90° à gauche et la présence de tous les points de fibromyalgie. Les radiographies du genou gauche montraient un léger pincement du compartiment interne. Il était précisé qu'après la réintroduction d'un traitement d'amitriptyline - ayant pour but d'élever le seuil de tolérance à la douleur de la recourante pour les céphalées, les lombalgies et les gonalgies -, une reprise du travail pourrait être envisagée.

L'intimé a alloué à la recourante une rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 1999 à la suite de l'évaluation de la capacité de travail faite par le Dr C_____, médecin-conseil de l'assurance perte de gain. Dans son rapport du 1^{er} novembre 2000, ce dernier précisait que les plaintes motivant l'incapacité de travail consistaient alors

en une fatigue intense, des maux de tête, des douleurs cervicales et lombaires, une douleur et une limitation des mouvements de l'épaule gauche. Le bilan radiologique ne montrait qu'une protrusion discale cervicale et une hernie discale paramédiane droite en L3-L4, les deux sans compression radiculaire. A l'examen clinique, la palpation de toutes les vertèbres était douloureuse, il n'y avait pas de limitation de la mobilité cervicale, la flexion de l'épaule gauche était limitée à 120° alors que la rétropulsion l'était à 30 cm par rapport à l'épaule droite. Tous ces symptômes étaient fixés dans un état chronique qui, selon le Dr C _____, n'évoluerait jamais favorablement. Au vu des douleurs chroniques, il concluait à l'incapacité totale de l'assurée à exercer son métier d'aide-soignante et à une capacité résiduelle de travail de 50% dès le 1^{er} janvier 2001 dans une activité légère, n'impliquant pas d'efforts physiques et tenant compte du handicap de l'épaule gauche.

La révision de rente décidée le 30 juin 2008 repose quant à elle sur le rapport d'expertise du Dr E _____. Or, la recourante conteste la valeur probante dudit rapport au motif qu'il ne retient aucun diagnostic pour l'épaule gauche - contrairement aux atteintes objectivées par les documents radiologiques - et qu'il se base sur une anamnèse ainsi qu'un historique contenant de nombreuses erreurs et imprécisions.

Dans ledit rapport du 23 avril 2005, l'expert a indiqué que la recourante se plaignait, au jour de l'expertise, de lombalgies avec dorsalgies, de type « coups de couteau », constantes accompagnées parfois de douleurs cervicales, de quelques épisodes de blocages lombaires, de douleurs aux épaules principalement à gauche et parfois à droite constantes et exacerbées par la mobilisation, d'une fatigue importante accompagnée de céphalées et de vertiges intermittents. Il a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des cervicalgies et lombalgies chroniques non spécifiques ainsi qu'un possible état dépressif sous-jacent. Il a admis que la recourante ne présentait pas de handicap majeur dans une activité légère et qu'elle pouvait exercer à raison de huit heures par jour une activité sans port de lourdes charges, ni mouvements répétitifs. Il a conclu à une incapacité de travail de 20 % au moins depuis janvier 1999 dont le degré d'incapacité de travail ne s'était pas modifié depuis lors. Il a exposé que les différents traitements n'avaient pas amélioré l'état algo-dysfonctionnel durable et qu'au jour de l'examen, la recourante ne présentait pas de syndrome vertébral cervical ou lombaire majeur, ni de handicap important malgré les plaintes d'une péjoration des rachialgies avec apparition d'un état de fatigue important accompagné de céphalées.

Ainsi que le fait à juste titre remarquer la recourante, ce rapport d'expertise ne retient aucun diagnostic concernant son épaule gauche alors que l'IRM du 22 mai 2000 de ladite épaule mentionne une arthrose acromio-claviculaire. De plus, le Dr E _____ conclut que les documents radiologiques ne révèlent pas d'atteinte spécifique alors que l'IRM des colonnes cervicale et lombaire du 6 octobre 1998 a montré une arthrose atlanto-odontoïdienne, une hernie discale L4-

L5 et une discopathie L2 et que les radiographies lombo-pelviennes du 28 mars 2002 ont mis en évidence une anomalie transitionnelle à la hauteur de la charnière lombo-sacrée - où L5 est complètement sacralisée - ainsi qu'une discopathie L4-L5, c'est-à-dire des troubles qui peuvent rester stables ou s'aggraver, mais en aucun cas disparaître complètement.

Dans son expertise, le Dr E_____ relève que l'IRM de l'épaule gauche du 22 mai 2000 est sans particularité et que l'IRM cervicale du 7 octobre 1998 met en évidence une discopathie débutante. Étant donné que l'expert n'indique pas dans son rapport qu'il a disposé des radiographies de l'époque, il s'avère qu'il a retranscrit de façon inexacte les rapports radiologiques. En effet, ces derniers mentionnent une arthrose atlanto-odontoïdienne, une arthrose acromio-claviculaire à gauche, une discopathie L2, une discopathie L4-L5 voire une hernie discale à ce niveau, une sacralisation complète de L5 avec anomalie transitionnelle de la charnière lombo-sacrée. Dès lors, il n'est pas possible de retenir comme le fait l'expert que les documents radiologiques ne révèlent pas d'atteinte spécifique. Vu le silence de l'expert sur des éléments importants expliquant certaines douleurs de la recourante, la valeur probante de son rapport doit être niée.

Quoi qu'il en soit, et contrairement à ce que soutient l'intimé, la comparaison des plaintes et des limitations fonctionnelles de la recourante telles que ressortant des expertises de 2000 et 2005 démontre que les circonstances n'ont pas changé ce qui est confirmé par la précision apportée dans le rapport d'expertise que les différents traitements n'ont pas amélioré l'état algo-dysfonctionnel durable. Par conséquent, en concluant à une capacité de travail entière dans une activité adaptée au motif que la recourante ne rencontre pas de handicap majeur dans une telle activité, le Dr E_____ n'a fait que procéder à une nouvelle appréciation du cas, et plus particulièrement de la capacité résiduelle de travail de l'assurée, nouvelle appréciation qui ne saurait justifier une révision de la rente d'invalidité.

Quant aux améliorations de la mobilité cervicale et lombaire que l'intimé déduit des mesures effectuées par le Dr E_____ lors de son examen clinique, elles ne sont pas suffisamment importantes pour justifier à elles seules une révision de rente.

Enfin, le passage de dix-huit points douloureux de fibromyalgie à six est tout aussi peu relevant puisque la rente n'avait pas été allouée sur la base de ce diagnostic qui, certes avait été évoqué, mais n'avait jamais été retenu.

Il ressort de ce qui précède que les conditions de l'art. 17 LPGA permettant une révision de rente ne sont pas réalisées.

10. L'intimé soutient par substitution de motif que sa décision du 9 juillet 2002 doit quoi qu'il en soit être reconsidérée au motif qu'elle était manifestement erronée dans la mesure où elle accordait à l'assurée le droit à une rente sans examen préalable par le SMR et sans mise en œuvre d'une expertise psychiatrique alors que

la recourante souffrait à l'époque d'une fibromyalgie, pathologie assimilable à un trouble somatoforme douloureux.

En l'espèce, la décision du 9 juillet 2002 a retenu un taux d'invalidité de 67% sur la base d'une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle, puis de 100% à partir du 1^{er} mai 2000.

Dans le rapport de la Division de réadaptation de l'intimé du 21 juin 2001 qui a servi de base d'appréciation pour le calcul de la rente, les techniciens en réadaptation ont mentionné des cervico-dorso-lombalgies chroniques, une discrète discopathie C5-C6 et une hernie discale L3-L4 sans compression radiculaire, un état chronique de polyarthralgie peu sensible aux différents traitements entrepris, des douleurs invalidantes et limitatives de l'épaule gauche (arthrose acromio-claviculaire), une fatigue intense, une asthénie, des céphalées de tension et de l'asthme. Ils ont relevé que, selon le médecin de l'assurée, la capacité de travail de cette dernière dans une profession adaptée (c'est-à-dire n'impliquant ni position accroupie ou à genoux, ni port de charges, ni mouvement répétitif, ni travail en hauteur, ni déplacement sur sol irrégulier, ni sollicitation excessive de l'épaule et évitant le froid) avait été de 50% à compter du 1^{er} janvier 2001. Ces divers éléments sont effectivement évocateurs d'une fibromyalgie puisque selon BURGAT (la fibromyalgie, p. 67, in : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002), cette maladie se manifeste principalement par des douleurs musculo-squelettiques diffuses, des troubles du sommeil, une asthénie chronique et une thymie dépressive persistante. Toutefois, la présence d'états de névrose chez les malades fibromyalgiques les différencie nettement des malades porteurs de polyarthrite rhumatoïde (p. 70). Or, même si à l'époque, la présence de tous les points de fibromyalgie avait été constatée, ce diagnostic n'avait pourtant jamais été posé par le Centre multidisciplinaire de la douleur des HUG, vraisemblablement parce qu'il existe chez la recourante des éléments radiologiques objectivables expliquant certaines de ses douleurs. Par conséquent, l'intimé ne peut pas invoquer ce diagnostic pour soutenir que sa décision d'octroi de rente était manifestement erronée.

Au demeurant, il est faux de prétendre comme le fait l'intimé que la fibromyalgie et les troubles somatoformes douloureux sont des troubles identiques. En effet, le diagnostic de fibromyalgie est posé si 11 des 18 points de Smythe sont mentionnés comme douloureux (BURGAT, op. cit. p. 73) alors que le trouble somatoforme douloureux est un diagnostic posé par exclusion lorsque la malade ressent des douleurs diffuses qui ne se limitent pas aux points de Smythe. Étant donné que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux n'a jamais été évoqué chez la recourante, la jurisprudence développée à ce sujet était inapplicable à l'époque de l'octroi de la rente. Par ailleurs, contrairement à ce que prétend l'intimé, le Tribunal fédéral (des assurances) a développé, à l'aide de critères plus restrictifs, les conditions auxquelles il y a lieu d'admettre à titre exceptionnel le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux non pas dans l'arrêt I 554/98 du 4

janvier 2000 (VSI 2000 p. 152) mais dans l'ATF 130 V 352 du 12 mars 2004 (ATFA non publié I 901/06 du 23 novembre 2007, consid. 4.2). Or, un motif de reconsidération n'entre en ligne de compte dans le contexte des troubles somatoformes douloureux que si la décision initiale apparaît manifestement erronée à la lumière des exigences valables à l'époque de son prononcé et non pas au regard des critères plus restrictifs précisés postérieurement dans l'ATF 130 V 352 (arrêt I 138/07 du 25 juin 2007) de sorte qu'en l'occurrence, la décision initiale de rente, antérieure à ladite jurisprudence, n'avait de toute façon pas à appliquer ces critères plus restrictifs. La même constatation doit être faite s'agissant de l'application par analogie de ces critères plus restrictifs à la fibromyalgie - la jurisprudence en la matière date du 8 février 2006 (ATF 132 V 65) -, et aux syndromes chroniques de fatigue ou à la neurasthénie - dont la jurisprudence date du 14 avril 2008 (ATFA non publié I 70/07).

En définitive, il apparaît que l'intimé a pris sa décision initiale sur la base de deux rapports médicaux constatant tous deux que la recourante disposait d'une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée. Certes, selon la pratique administrative (codifiée depuis le 1^{er} janvier 2004 à l'art. 69 al. 4 RAI), les offices AI étaient tenus de soumettre le dossier médical à l'évaluation d'un médecin-conseil. Cette règle ne représente toutefois qu'une prescription d'ordre, dont l'inobservation n'entraîne en soi aucune conséquence juridique (ATF non publié 9C_15/2008 du 9 octobre 2008, consid. 3.3) étant souligné, au demeurant, en l'espèce, l'un des rapports médicaux sur lequel s'est basé l'OCAI contenait justement l'évaluation d'un médecin-conseil de l'assurance perte de gain.

Au vu de la situation de fait et de droit prévalant au moment de la décision d'octroi de rente, l'appréciation de la situation médicale de la recourante n'apparaissait ainsi pas manifestement insoutenable. Même s'il fallait admettre, au vu du rapport du SMR, que les médecins qui se sont exprimés dans le cadre de la demande de prestations ont pu commettre une erreur d'appréciation, la décision ne pourrait pas être reconsidérée aujourd'hui pour ce seul motif.

Par ailleurs, la méthode des techniciens en réadaptation de l'OCAI, qui ont évalué le taux d'invalidité de l'assurée en comparant le revenu sans invalidité - établi sur la moyenne des trois dernières années de travail en raison des indications incohérentes de l'employeur - au revenu d'invalidité - évalué selon les recommandations salariales de la Société suisse des employés de commerce en tenant compte d'une capacité de travail de 50% - n'apparaît pas critiquable.

Dans ces circonstances, la décision initiale ne saurait être qualifiée de manifestement erronée, de sorte qu'il faut admettre que les conditions d'une reconsidération ne sont pas non plus remplies.

11. La lettre f des dispositions finales de la modification législative du 21 mars 2003 (4^{ème} révision de l'AI) garantit des droits acquis uniquement pour les rentes entières en cours perçues lorsque l'assuré a atteint l'âge de 50 ans au moment de l'entrée en vigueur de la modification législative. En outre, elle prévoit que toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70% font l'objet d'une révision dans le délai d'une année.

Étant donné qu'en l'occurrence, il n'y avait pas lieu de procéder à un nouveau calcul du degré d'invalidité, le taux de 67% déterminé par l'intimé dans sa décision du 1^{er} octobre 2002 demeure valable (ATAS/698/2006).

Dans la mesure où la recourante présentait, au moment de l'entrée en vigueur de la 4^{ème} révision de la LAI, un taux d'invalidité inférieur à 70%, il y a lieu de remplacer sa rente entière par un trois quarts de rente (cf. art. 28 al. 1 LAI). Dans la mesure où il s'agit d'une réduction de rente, il y a lieu d'appliquer l'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI, lequel prévoit que la diminution de rente prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

En l'espèce, la décision litigieuse date du 30 juin 2008, de sorte que la réduction de rente doit prendre effet le 1^{er} août 2008. Contrairement à ce qu'allègue la recourante, l'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI ne subordonne pas l'entrée en vigueur effective de la réduction de rente à l'expiration du délai de recours. Il s'agit simplement d'accorder à l'assuré un délai lui permettant de se préparer à ce changement. Il n'y a donc pas lieu de tenir compte des fériés. De plus, la décision litigieuse prévoit qu'un recours n'aura pas d'effet suspensif.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis au sens des considérants. La recourante obtient gain de cause dans la mesure où elle se voit reconnaître le droit à un trois-quarts de rente au lieu d'un quart. Une indemnité de 2'500 fr. lui sera donc accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Étant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 1'000 fr.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Constate que Madame S_____ a droit à un trois-quarts de rente à compter du 1^{er} août 2008.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 2'500 fr. à titre de dépens.
6. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de l'intimé.
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); 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

Karine STECK

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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