

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3844/2006

ATAS/11/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 10 janvier 2008

En la cause

Madame D _____, domiciliée à MEYRIN, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Michel BERGMANN

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, case postale 425, GENEVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente, Violaine LANDRY ORSAT et Nicole BOUR
QUIN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. D _____, a travaillé à la Poste depuis 1986 en tant qu'employée aux guichets à 50 %. En raison de nombreux problèmes de santé apparus en 1995, elle a dû à plusieurs reprises interrompre son activité et subir plusieurs interventions chirurgicales.
2. L'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) lui a accordé une rente entière (taux d'invalidité de 100 %) de juin 1996 à octobre 1996.
3. Donnant suite à une nouvelle demande de l'assurée, déposée en janvier 2003, l'OCAI l'a mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité (taux de 50 %) à compter du 1^{er} novembre 2002. Cette décision était motivée, sur le plan médical, par des sciatalgies gauches sur troubles statiques et dégénératifs du rachis et un cancer du sein traité par chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie en 2001 avec dans les suites un lymphoedème du bras droit et un état dépressif.
4. Une révision du dossier a été entamée en septembre 2005. L'assurée a alors allégué une aggravation de son état de santé (blocages récidivants du dos, tassement de vertèbres et nouvelles interventions chirurgicales).
5. Sur requête de l'administration, la Poste a indiqué que son employée avait été dans l'incapacité totale de travailler :
 - du 24 février au 2 avril 2003;
 - du 11 au 13 juin 2003;
 - le 8 décembre 2003;
 - du 12 février au 5 avril 2004;
 - le 16 avril 2004;
 - le 6 mai 2004;
 - du 10 au 11 juin 2004;
 - du 20 au 21 juillet 2004;
 - du 17 au 19 août 2004;
 - du 24 août au 5 octobre 2004;
 - le 13 novembre 2004;
 - à compter du 22 novembre 2004 pour une durée indéterminée.
6. L'OCAI a réuni divers rapports des médecins de l'intéressée, parmi lesquels :
 - Un rapport de la doctoresse F _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 13 octobre 2005, faisant état d'un trouble dépressif majeur récurrent moyen (F33.2), ainsi que d'un probable trouble anxieux induit par la caféine (F15.8). La première de ces affections avait engendré une incapacité de travail totale du 4 août 2005 à fin octobre 2005, l'assurée

ne présentant plus d'incapacité de travail du point de vue psychiatrique à compter du 1^{er} novembre 2005.

- Un rapport du docteur G_____, spécialiste en orthopédie et traumatologie, du 4 novembre 2005. Ce praticien a posé les diagnostics de sciatalgies gauches sur troubles statiques du dos sous forme d'une scoliose cervico-dorso-lombaire, cervicarthrose et dorsarthrose, pouce gauche à ressaut, atteinte ligamentaire interne du genou droit et douleurs sacro-iliaques droites. Les plaintes de la patiente se situaient surtout au niveau sacro-iliaque et au genou droit et le pronostic n'était pas très favorable, vu les antécédents. Il a estimé que la profession exercée jusqu'alors n'était plus exigible et qu'il en allait de même d'une autre activité.
- Un rapport du docteur H_____, médecin traitant, du 31 décembre 2005 dans lequel sont mentionnés les diagnostics suivants : status après tumorectomie du sein droit, curage axillaire, chimiothérapie et radiothérapie, status après correction d'un prolapsus rectal et de la coupole vaginale, status après sténose de l'uretère droit post opératoire, pose de pigtail, urétérolyse et résection anastomose unilatérale droite (opérations effectuées entre 1995 et 2005), ainsi que décompensation anxio-dépressive de juin à novembre 2005. Ce médecin a fixé l'incapacité de travail dans la profession d'employée à la Poste à 100 % dès le 22 novembre 2004, tout en précisant que cette activité était encore exigible. Il a mentionné que la patiente se plaignait de l'inconfort lié à une vessie hyperactive, de douleurs résiduelles à l'opération du tunnel carpien droit, de gonalgies droites, de blocages dorso-lombaires avec fourmillements dans le membre inférieur gauche. Objectivement, le médecin a constaté une tendance aux cystites à répétition, l'introduction d'un nouveau traitement médicamenteux par le docteur I_____, urologue, un suivi pour le tunnel carpien, les lombalgies et le genou par le docteur G_____ - consulté sans qu'il ait donné son aval - et la prise de médicaments (Efexor et Femara). Le médecin a décrit l'état de sa patiente comme stationnaire. Il a préconisé un examen médical supplémentaire par un médecin expert pour évaluer le bien-fondé de l'octroi de prestations AI.
- Un courrier du docteur G_____ du 17 mars 2006. Ce médecin a confirmé que l'état de sa patiente - qui s'aggravait de plus en plus avec des blocages à répétition - ne lui permettait pas une reprise de travail, même à 25 %.

7. L'OCAI a mandaté le docteur J_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, médecine psychosociale et psychosomatique, aux fins de procéder à l'expertise de l'assurée. Dans son rapport du 26 juin 2006, le Dr J_____ a diagnostiqué un syndrome du tunnel carpien bilatéral, des lombalgies chroniques persistantes (troubles statiques du rachis lombaire, discopathie L4-L5, arthrose

inter-apophysaire postérieure L3-L4, L4-L5 et L5-S1), un status après triple cure de rectocèle avec 6 interventions chirurgicales (pathologie iatrogène avec suture de l'uretère droit au niveau de la cicatrice), une vessie hyperactive avec incontinence de type urge. Il a également mentionné une cure de carcinome canaliculaire invasif du sein droit avec chimiothérapie et radiothérapie en novembre 2001. Le médecin a conclu à l'absence d'éléments psychopathologiques ayant valeur de maladie. Il a précisé que c'étaient avant tout les mictions impérieuses et les douleurs lombaires dont se plaignait l'assurée qui avaient une influence sur la capacité de travail. Cette dernière était toutefois entière dans l'activité habituelle dont il a estimé qu'elle était adaptée au problème de santé de l'assurée dans la mesure où il était loisible à cette dernière de travailler en position debout ou encore assise-alternée et d'éviter de porter des charges supérieures à 10-15 kg. Il n'y avait pas non plus de diminution de rendement. Le médecin a encore précisé que la prise de médicaments antalgiques simples contribuerait certainement à améliorer le confort personnel de l'assurée qui devait, pour le surplus, pouvoir se rendre chaque demi-heure aux toilettes afin de vider sa vessie.

8. Se prononçant suite à cette expertise, le docteur K _____, médecin du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a estimé, dans un avis du 16 août 2006, que la capacité de travail de 100 % était exigible au moins depuis le 1^{er} novembre 2005, tant sur le plan psychiatrique (référence était faite au rapport de la doctoresse F _____) que somatique. A ce dernier niveau, l'ultime intervention chirurgicale avait été pratiquée le 26 mai 2005 (urétérolyse), le contrôle du 16 novembre 2005 avait montré une parfaite perméabilité de l'uretère droit et la seule vessie irritable ne pouvait justifier une incapacité de travail de 100 %, d'autant plus que le problème digestif semblait avoir été réglé par la nouvelle opération en mars 2005, que le tunnel carpien était une affection traitable non invalidante et qu'il n'y avait aucune preuve d'une éventuelle aggravation des lombalgies. Sur ce dernier point, l'expertise démontrait clairement le caractère relativement rassurant du problème rhumatologique, tant au niveau clinique que radiologique et l'appréciation du docteur G _____ n'était dès lors pas réaliste.
9. Par un projet de décision daté du 21 août 2006, l'OCAI a informé l'assurée de son intention de supprimer sa rente d'invalidité, motif pris de la récupération d'une capacité de travail entière dans l'activité habituelle d'employée au guichet.
10. L'administration a confirmé sa position par décision du 22 septembre 2006.
11. L'assurée a interjeté recours contre cette décision, dont elle requiert l'annulation, concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. En substance, elle fait valoir que les avis des docteurs L _____, G _____, voire H _____ contredisent les conclusions de l'expertise J _____, de sorte que cette dernière doit se voir nier toute valeur probante. En particulier, concernant l'emploi précédemment occupé à la Poste, elle relève qu'il s'agit d'un

travail imposant la station debout et ne permettant pas de s'absenter à volonté. Le docteur L _____, agissant en qualité de médecin conseil de l'employeur, a d'ailleurs estimé (cf. rapport du 17 janvier 2006 annexé au mémoire de recours) qu'une reprise de travail au guichet n'était pas possible et qu'il n'existait aucun poste pouvant correspondre à l'état de santé actuel, ce qui avait pour conséquence que l'intéressée devait être considérée inapte à 100 %.

12. Invité à se déterminer, l'OCAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision attaquée (mémoire du 20 novembre 2006).
13. Le 9 février 2007, l'assurée a produit un rapport d'expertise privée rédigé par le docteur M _____, spécialiste en neurochirurgie, le 18 janvier 2007. Ce médecin, qui a examiné l'intéressée en date du 14 novembre 2006, a exposé que cette dernière présente les pathologies suivantes : syndrome de tunnel carpien bilatéral et épitrochléite bilatérale dans le cadre d'un traitement au létrozole (Femara), douleurs musculo-squelettiques diffuses (sur traitement de létrozole), lombalgies chroniques sur instabilité dégénérative lombaire basse et anomalie de transition ainsi que troubles statiques du rachis lombaire, interventions répétées pour rectocèle avec une lésion iatrogène de l'uretère droit (pris dans la suture), status après urétérolyse droite : vessie hyperactive avec incontinence de stress, status après cure chirurgicale d'un carcinome canaliculaire invasif du sein droit en 2001 suivie de radiothérapie et chimiothérapie, lésion méniscale du genou droit. Le médecin s'est ensuite prononcé sur les conclusions de l'expertise J _____ en expliquant par le détail pour quels motifs il était en désaccord avec celles-ci. En substance, il a estimé que l'intéressée présentait des troubles systématisés et d'origine organique (cf. hypoesthésie du membre inférieur gauche et du membre supérieur droit), des lombalgies qui ne pouvaient être qualifiées de bénignes, qu'elle souffrait des effets secondaires du létrozole (fatigue, somnolence, douleurs ostéo-articulaires diffuses, bursite du tendon du psoas iliaque traitée en 2005, épitrochléite bilatérale des coudes et syndrome du tunnel carpien bilatéral) qui lui avait été prescrit depuis 2004 pour une durée vraisemblable de 10 ans et qu'elle était passablement gênée dans sa qualité de vie et dans sa capacité de travail par des urgences mictionnelles incontrôlables qui n'étaient que très discrètement améliorées par une médication nouvelle mieux supportée que les précédents anticholinergiques prescrits. Selon ce médecin, chacun des éléments constatés ne devait pas être apprécié individuellement, car ils avaient des interactions allant dans le sens d'une potentialisation ou d'un cercle vicieux. Ainsi, la déficience de la musculature abdominale, consécutive aux multiples interventions chirurgicales au niveau du bas-ventre, la déshiscence des muscles grands-droits et les douleurs suspubiennes, en rapport avec la promonto-fixation, avaient une influence tout à fait défavorable sur les lombalgies et l'instabilité lombaire dont souffrait la patiente. De surcroît, la seule thérapie efficace de l'instabilité lombaire, en dehors des approches chirurgicales, consistait en une musculature intensive dans le but de pallier à l'incompétence fonctionnelle de l'appareil ligamentaire des segments instables.

Quant aux effets secondaires du létrozole, il venait se surajouter à ce terrain pathogène. A son tour, l'instabilité lombaire, par les attitudes d'évitement et les contractures, sollicitait de façon inappropriée la musculature abdomino-pelvienne et pouvait donc avoir des répercussions négatives sur le problème mictionnel. Tenant compte des différentes limitations mentionnées, le docteur M _____ a conclu qu'il était irréaliste de penser que l'assurée pourrait reprendre son ancienne activité. Dans un emploi adapté (contact très limité avec la clientèle, possibilité de changements de positions fréquents, absence d'effort dont la manipulation d'objets dépassant 7,5 kg, impossibilité de travailler en position de porte-à-faux, etc.) et compte tenu en particulier de la fatigabilité en rapport avec la prise du LETROZOLE, du handicap urinaire, des limitations en rapport avec syndrome du tunnel carpien et finalement du problème lombaire, la capacité de travail ne devrait pas dépasser 30 % avec un rendement total.

L'assurée a également informé le Tribunal de sa mise à la retraite anticipée totale, avec versement d'une rente d'invalidité de la CAISSE DE PENSIONS DE LA POSTE à compter du 1^{er} janvier 2007.

14. Dans un courrier du 30 mars 2007, l'OCAI a requis du Tribunal de céans qu'il procède à une instruction complémentaire en questionnant le docteur I _____, urologue. La problématique des mictions impérieuses de l'assurée devait en effet être éclaircie. Pour le surplus, l'administration a persisté dans ses conclusions; elle a estimé en particulier que l'expertise du docteur M _____ ne saurait remettre en question celle du docteur J _____.
15. Sur sollicitation de l'assurée, le Tribunal a entendu plusieurs médecins en qualité de témoins en dates des 3 mai et 21 juin 2007.
 - Le docteur J _____ a confirmé que, selon lui, les atteintes dont souffrait l'assurée devraient lui permettre d'exercer une activité sédentaire, telle qu'une activité de bureau, à condition qu'elle puisse s'absenter toutes les 20 minutes et que le port de charges conséquentes lui soit évité. Il a expliqué sa réponse négative à la question de savoir si des mesures de réadaptation professionnelle étaient nécessaires par le fait qu'il pensait que la Poste pouvait offrir à l'assurée une activité de bureau au back-office, l'activité au guichet n'étant en réalité pas adaptée. Il a précisé que lorsqu'il a vu l'assurée, cette dernière, bien que se plaignant de douleurs dorsales importantes, n'était pas traitée à cet égard. S'il a qualifié lesdites douleurs de bénignes, c'est en raison de la discrétion des troubles statiques, de la préservation de la mobilité et de l'absence de sciatalgies irritatives ou déficitaires au niveau des membres inférieurs. Pour le surplus, il n'a constaté aucune instabilité au niveau du rachis et ne se souvient pas que la patiente se soit plainte de fatigabilité ou de somnolence lorsqu'il l'a examinée. Il a ajouté qu'à sa connaissance, le LETROZOLE n'entraînait pas d'effets secondaires et a finalement conclu qu'il convenait de tenir compte

d'une baisse de rendement de l'ordre de 20 % sur un plein temps. A ses yeux, cela se justifiait eu égard au fait que l'assurée s'était bien adaptée à ses atteintes et ne présentait ni état dépressif ni autres éléments psychopathologiques.

- Le docteur H _____, médecin généraliste, a déclaré suivre la recourante depuis le 18 mai 1995, sa dernière consultation remontant à 2006. Au plan orthopédique, il a estimé ne pouvoir se prononcer, laissant au docteur G _____ la responsabilité de ses conclusions, précisant que ce médecin ne faisait pas partie des confrères avec qui il avait l'habitude de travailler et à qui il faisait confiance. Sur le plan psychiatrique, il a confirmé avoir adressé sa patiente à la doctoresse F _____, l'accumulation des déboires médicaux ayant probablement fragilisé le terrain et induit le trouble anxio-dépressif; la patiente n'était plus suivie depuis novembre 2005. Sur question, il a estimé que l'appréciation faite en audience par le docteur J _____, à savoir une diminution de rendement de 20 % sur un plein temps, semblait a priori correcte, mais il a concédé ne pas avoir les compétences pour évaluer la capacité de travail d'un patient.
- Le docteur L _____ a expliqué avoir vu la recourante à deux reprises (15 octobre 2002 et 17 janvier 2006) dans le cadre de son activité de médecin-conseil pour l'administration fédérale. Il a confirmé qu'elle était inapte à exercer son ancienne activité et qu'en accord avec le docteur H _____, il avait conclu à une capacité résiduelle de travail à 25% dans une activité adaptée, c'est-à-dire la dispensant du port de charges, permettant de se lever et d'alterner les positions et surtout de pouvoir s'absenter sans difficulté compte tenu des problèmes urinaires extrêmement gênants. Une telle capacité lui semblait un maximum. Quant aux conclusions du docteur J _____ à cet égard, elles lui paraissaient illusoire. Il a enfin précisé que la recourante s'était effectivement plainte de fatigue et qu'à sa connaissance, le létrozole n'entraînait pas forcément une fatigue extrême, la plupart de ses patients le tolérant bien.
- Le docteur M _____ a, quant à lui, confirmé le rapport établi en date du 18 janvier 2007. Contrairement au docteur J _____, il a pu constater une instabilité au niveau lombaire. Il a expliqué que certains médecins recherchent, pour la diagnostiquer, une hypermobilité alors qu'au contraire, étant génératrice de douleurs, elle a pour conséquence une contracture des muscles lombaires pouvant aboutir à la situation inverse. Selon lui, l'instabilité peut être mise en évidence par d'autres arguments, cliniques et radiologiques. Elle se manifeste par des douleurs brusques et caractéristiques déclenchées par certains types de gestes, symptômes présents chez la patiente. Au niveau radiologique, elle est confirmée par un rétrolisthésis (affaissement du disque) et par la formation de néo-articulations dont il reproche au docteur J _____ de n'avoir pas fait état. S'agissant du syndrome du tunnel carpien, le Dr M _____ a déclaré qu'il s'agit de la complication la plus fréquente du LETROZOLE. Un

électromyogramme a été pratiqué dans le cas de la recourante, révélant des signes de souffrance (dénervation) du nerf médian. Selon lui, une opération chirurgicale pourrait vraisemblablement résoudre le problème. Les autres effets secondaires du LETROZOLE demeurent toutefois présents chez la patiente : fatigue, douleurs musculaires diffuses, autres affections rhumatologiques telles que la tendinite. S'agissant des limitations dont souffre la patiente, le médecin a estimé qu'elles entravent ses tâches ménagères à hauteur de 30% (port de charges, travaux lourds).

- Enfin, le docteur G_____ a confirmé ses rapports de novembre 2005 et mars 2006 et mentionné suivre la recourante depuis 25 ans environ. Sur le plan ostéo-articulaire, le seul sur lequel il pouvait se prononcer, il a qualifié l'état de la patiente de stationnaire, ce qu'il a encore pu constater lors de la dernière consultation, quinze jours plus tôt. Le médecin a précisé que, de ce seul point de vue, la patiente serait capable d'exercer à mi-temps un travail léger et adapté, mais qu'il faut considérer le cas dans sa globalité : les multiples opérations subies et les séquelles en résultant le font douter que la recourante puisse reprendre la moindre activité. Le docteur G_____ a émis l'opinion que si le rapport du docteur M_____ était détaillé et convaincant - la problématique liée à la vessie hyperactive y était très bien expliquée -, il n'en allait pas de même de celui du docteur J_____ auquel il reproché d'avoir oublié notamment la pathologie du genou et les douleurs dues à la chimiothérapie. En conclusion, le témoin a indiqué avoir du mal à imaginer l'intéressée pouvoir travailler alors qu'elle doit s'absenter "à tout bout de champ".
16. Le 25 avril 2007, le docteur I_____ a précisé que la recourante souffrait d'une affection vésicale courante et bénigne, bien stabilisée par un traitement médicamenteux et qui devrait être sans répercussion sur sa capacité de travail; la fréquence mictionnelle de la patiente devrait être proche de la normale grâce au traitement.
17. L'OCAI a produit un rapport du docteur N_____ du SMR du 15 mai 2007. Ce médecin a relevé que le docteur M_____, s'il ne se prononçait pas sur la capacité de travail dans l'activité de postière, ne retenait qu'un 30 % d'activité avec rendement conservé dans une activité adaptée. Il a émis l'hypothèse que le docteur M_____ était probablement arrivé à ces résultats en prenant en considération l'ensemble des pathologies présentées, dont certaines échappent à sa qualité de neurochirurgien (éléments oncologiques et urologiques). Par ailleurs, le docteur N_____ s'est étonné qu'une capacité résiduelle de 70 % soit reconnue par le docteur M_____ dans les activités ménagères (celles-ci devant être allégées). Quant au docteur L_____, il lui a également reproché de déborder de sa spécialité en mettant l'accent sur des problèmes psychiques. Il a conclu qu'en l'absence d'éléments psychopathologiques ayant valeur de maladie et vu que le docteur J_____ s'en tenait à l'appréciation des éléments

appartenant à ses spécialités, il fallait s'en tenir à l'appréciation de ce dernier (pleine capacité de travail avec rendement diminué de 20 %), ce d'autant plus que les autres avis à disposition procédaient par amalgame en tenant compte à tort d'un problème urologique qui, selon le spécialiste concerné, ne devrait plus être d'actualité.

18. Le docteur M _____ s'est prononcé sur l'avis du docteur N _____ dans une lettre du 22 juin 2007. En substance, il a relevé que le fait d'énumérer les effets secondaires d'un médicament utilisé en oncologie et d'en apprécier les répercussions ne nécessite pas une formation particulière en oncologie; il en va de même dans ce cas pour l'urologie car le raisonnement spécifique se limite à une question relevant du bon sens commun, du genre "à partir de combien de mictions par heure une patiente est-elle socialement ou professionnellement handicapée et à quel degré ?" Quant aux lombalgies chroniques invalidantes, le docteur M _____ a fait remarquer qu'elles ont été passées sous silence par le médecin du SMR, celui-ci ne contestant toutefois plus leur origine organique. Pour ce qui était des conclusions tirées par le SMR du récent avis du docteur I _____, urologue, force était de constater que la problématique n'était pas réglée : la situation s'était très légèrement atténuée avec la prise du nouveau médicament, mais sur le fond, le problème restait inchangé. Le docteur I _____ employait d'ailleurs le conditionnel. Enfin, le docteur M _____ a mis en exergue qu'aucun praticien n'a contredit sa constatation relative à l'interaction des différentes pathologies.
19. Le 10 août 2007, l'OCAI a fait savoir à la juridiction de céans qu'il persistait dans les termes et conclusions de ses différentes écritures.
20. Quant à la recourante, elle a fait valoir que les avis des docteurs H _____, L _____, G _____ et M _____ démontraient clairement son incapacité (à plus de 70 %) à reprendre une quelconque activité. Dans ces circonstances, le recours devait être admis et une rente entière d'invalidité devait lui être accordée.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a, ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. 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.
3. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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 litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision litigieuse, du 22 septembre 2006, 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). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI 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 (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

4. Déterminé par la décision du 22 septembre 2006 et les conclusions des parties, l'objet du litige concerne le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le taux d'invalidité qu'elle présente ensuite de la révision diligentée par l'intimé.
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 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).

Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 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, ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

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 353 consid. 3b/bb).

6. a) En l'espèce, l'intimé a confié un mandat d'expertise au docteur J _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, médecine psychosociale et

psychosomatique. Il s'est fondé sur les conclusions dudit expert pour conclure à une amélioration de la capacité de travail et, par voie de conséquence, de gain de son assurée et supprimer la demi-rente d'invalidité qu'elle percevait jusqu'alors.

Cette dernière estime au contraire que les conclusions auxquelles aboutit l'expert ne sauraient être suivies, que son état de santé et sa capacité de travail s'étaient en réalité dégradés à tel point que cela justifiait désormais l'octroi d'une rente entière. Elle a produit, à l'appui de ses allégations, divers documents parmi lesquels un rapport d'expertise privée rédigé par le docteur M _____, spécialiste en neurochirurgie.

b) Il est constant que la recourante présente un nombre conséquent de diagnostics, en dépit desquels le docteur J _____ a conclu à une totale capacité de travail dans l'activité précédemment exercée d'employée postale (rapport d'expertise du 26 juin 2006). Entendu en audience d'enquêtes par le Tribunal de céans, le médecin est revenu sur ses conclusions, déclarant d'une part qu'il était parti de l'idée (erronée) que la Poste aurait de fait proposé un travail au back-office à son employée, soit un travail plus léger que celui d'employée au guichet qui n'était en réalité plus adapté, et, d'autre part, qu'il fallait tenir compte d'une diminution de rendement de 20 % eu égard au problème urologique. Il a en outre motivé la qualification bénigne des lombalgies de la recourante notamment par le fait que cette dernière n'était pas traitée à cet égard au moment de l'expertise. Or, il apparait, à la lecture du dossier, que la recourante était suivie à l'époque (et l'est toujours actuellement) par un spécialiste en médecine orthopédique et traumatologie pour ce problème, en la personne du docteur G _____, et qu'elle soignait ses problèmes rachidiens par le biais de physiothérapie et de médicaments divers (cf. expertise privée du docteur M _____ du 18 janvier 2007 et rapport du docteur L _____ du 2 février 2006 notamment), ce dernier point étant d'ailleurs expressément constaté pas le docteur J _____ lui-même à la page 3 de son rapport. Questionné sur la mise en évidence, par certains de ses confrères, d'effets secondaires engendrés par le Femara administré à la recourante, l'expert a déclaré qu'à sa connaissance, ce médicament n'engendre pas d'effets secondaires. Tel n'est manifestement pas le cas; en effet, il ressort du Compendium Suisse des médicaments que le Femara, dont le principe actif est le letrozolum, peut occasionner des effets secondaires relativement importants pour certains d'entre eux (information mise à jour en janvier 2007), parmi lesquels on peut citer des hypoesthésies (constatées par le docteur J _____, p. 12), de la fatigue et une somnolence (mentionnées par les docteurs M _____, L _____ et H _____), des douleurs abdominales (rapportées par le docteur M _____), ainsi que des arthralgies, myalgies et douleurs osseuses (relatées par la quasi-totalité des praticiens consultés par la recourante). Dans ces circonstances, il n'est pas possible de se fonder sur les conclusions auxquelles est parvenu le docteur J _____ pour juger de la capacité de travail résiduelle de la recourante. Son rapport est en effet rédigé sur la base de prémisses en partie erronées et d'un état de fait manifestement incomplet; il

comporte des incohérences et ne procède pas à l'analyse des interactions entre les différentes pathologies.

Par contre, le rapport d'expertise privée portant la signature du docteur M_____ doit se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence susmentionnée. Il repose en effet sur une anamnèse complète de l'intéressée effectuée en connaissance de l'intégralité du dossier médical de cette dernière, procède d'une analyse claire et complète de la situation - en particulier du processus d'interaction entre les différents problèmes de santé -, ses conclusions sont motivées et exemptes de contradictions. On constate également qu'il est corroboré par les affirmations des docteurs L_____ - médecin conseil de l'employeur de la recourante qui, à ce titre, ne peut se voir reprocher une quelconque partialité en faveur de cette dernière - et G_____. Les considérations du docteur H_____ ne sauraient permettre de s'en écarter, dans la mesure où ce médecin fait preuve d'une certaine incohérence dans ses affirmations (il déclare acquiescer tant aux conclusions du docteur L_____, qui fait part d'une incapacité de travail totale dans la profession exercée et de 70 % minimum dans une activité adaptée, qu'à celles du docteur J_____ qui a un point de vue diamétralement opposé). Il en va de même des avis des médecins du SMR. En effet, les remarques de ces derniers relatives au fait que le docteur M_____ aurait dépassé le cadre de sa spécialité en portant une appréciation sur des affections relevant des domaines urologique et oncologique ne sont pas pertinentes. Les problèmes rencontrés par la recourante à ce titre ne nécessitent nullement une spécialisation aux fins de juger de leur influence sur la capacité de travail. Il s'agit bien plutôt, comme le relève au demeurant le docteur M_____ lui-même, de répondre à des questions sur la base du bon sens commun, respectivement de l'expérience générale de la médecine (conséquences des effets secondaires d'un médicament). Quant à l'affirmation du docteur N_____ selon laquelle le docteur M_____ aurait à tort tenu compte d'un problème urologique qui ne devrait plus être d'actualité, force est de reconnaître que les constatations de plusieurs médecins viennent le contredire, la recourante souffrant toujours de mictions impérieuses et gênantes. A ce propos, le fait que la situation médicale ne soit pas stabilisée n'est pas en soi un motif pour refuser le maintien d'une rente d'invalidité, au contraire. Tant que cette problématique ne sera pas résolue ou en tous les cas améliorée de façon substantielle, le constat d'une amélioration importante de l'état de santé ne pourra être posé. De même, l'absence d'aggravation d'une symptomatologie (en l'occurrence les lombalgies) ne peut conduire à la conclusion que l'incapacité de travail ne saurait être maintenue, comme le déclare à tort le docteur K_____ ; tout au plus pourrait-elle avoir pour incidence la constatation que l'état de santé ne s'est pas aggravé et que, partant, le taux d'invalidité ne s'est pas modifié à la hausse. Enfin, il n'y a pas de contradiction dans le fait de reconnaître une capacité de travail résiduelle de 30 % dans une activité adaptée, tout en

estimant celle relative à l'accomplissement des tâches ménagères à 70 %. Ces dernières sont effectuées sans contrainte de temps et de rendement et, de toute manière, leur appréciation ne saurait être effectuée sur la seule base d'un avis médical, une enquête ménagère étant à ce propos nécessaire (cf. infra, considérant 8a).

c) Il suit de ce qui précède que les conclusions du docteur M_____ emportent la conviction et qu'il convient de s'y référer pour apprécier la capacité de travail résiduelle de l'intéressée, nonobstant le fait que ce médecin a tenu compte de la symptomatologie du tunnel carpien bilatéral dans l'appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée. En l'espèce, au vu des contraintes imposées à la recourante par la problématique de vessie hyperactive (nécessité de pouvoir se rendre aux toilettes à tout moment et urgemment, à tout le moins toutes les 30 minutes [docteur J_____] voire plus fréquemment encore [une dizaine de fois par matinée; docteur M_____]), on voit en effet mal que l'on puisse exiger d'un employeur qu'il engage la recourante. Sur un marché du travail équilibré, il doit être constaté que la recourante n'est plus en mesure de faire valoir une quelconque capacité de travail. Seule pourrait être envisagée la possibilité d'un emploi en milieu protégé.

7. a) Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait - les circonstances étant par ailleurs restées les mêmes - si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références).

Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des dispositions et des prédispositions. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre

l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faille que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 ss consid. 3b et les références citées; VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b, 1996 p. 209 consid. 1c, et les références citées).

Lorsque les assurés n'exercent une activité lucrative qu'à temps partiel, l'invalidité pour cette part est évaluée selon l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). 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 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b).

S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, au sens de l'art. 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée selon l'art. 27 pour cette activité-là. Dans ce cas, il faudra déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question.

La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. En effet, le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Selon la jurisprudence, une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2001, p. 158, consid. 3c; ATFA non publiés du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 5.1.1, du 26 juillet 2004, I 155/04, consid. 3.2, du 28 février 2003, I 685/02, consid. 3.2).

b) En l'espèce, la recourante a travaillé, jusqu'à sa mise au bénéfice d'une rente de l'assurance-invalidité, à 50 %. Ceci est dûment établi et non contesté. Aucun élément au dossier ne permet de considérer que, sans atteinte à la santé, la recourante n'aurait pas continué à travailler au même taux d'activité, de sorte qu'il convient de retenir qu'elle présente un statut mixte de personne active à 50 % et s'occupant, pour le surplus, de ses travaux habituels.

c) Il suit de ce qui précède que son taux d'invalidité doit être évalué selon la méthode mixte exposée ci-avant.

Or, en pareil cas, il est impératif de procéder à une enquête ménagère sur les empêchements dans le ménage, ce que l'intimé a omis de faire. Dès lors, le Tribunal de céans ne peut se prononcer sur le taux d'invalidité présenté par la recourante et le dossier doit être renvoyé à l'administration pour complément d'instruction.

8. La recourante obtient gain de cause, dans la mesure où la décision de l'OCAI est annulée. Elle a par conséquent droit à une participation à ses dépens, fixée en l'espèce à 2'500 fr. vu le nombre d'écritures et d'actes d'instruction.

**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'intimé.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour qu'il procède conformément aux considérants.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 2'500 fr. à titre de participation à ses dépens.
6. Met un émolument de 200 fr. à 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 :

Brigitte LUSCHER

Karine STECK

La secrétaire-juriste : Laurence SCHMID-PIQUEREZ

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