

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4034/2013

ATAS/489/2015

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 juin 2015

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à ONEX, représentée par CAP-
Protection juridique

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Diane BROTO et Christine LUZZATTO, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____ 1961, originaire du Kosovo, mariée et mère de trois enfants nés entre 1984 et 1990, ayant travaillé en qualité de nettoyeuse, a déposé en date du 5 janvier 2009 une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) en invoquant une dépression, ainsi que des douleurs aux niveaux de la tête, de l'estomac, du dos et de la jambe droite.
2. Par décision du 14 juin 2010, l'OAI lui a reconnu une invalidité de 82% ouvrant droit à une rente entière à compter du 1er juillet 2009.

L'OAI a constaté que, depuis juin 2007 - début du délai d'attente -, la capacité de travail de l'assurée et son aptitude à accomplir ses travaux habituels avaient été restreintes. A la fin du délai de carence - le 1^{er} juin 2008 -, cela représentait un degré d'invalidité de 82% (50% + 32,05% [100% d'empêchement dans la sphère professionnelle de 50% + 64,1% d'empêchement dans la sphère ménagère de 50%]).

Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants :

- un rapport établi le 21 janvier 2009 par le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales et médecin traitant, concluant à un état dépressif sévère sans signes psychotiques, à des lombosciatalgies bilatérales sur canal lombaire étroit et arthrose étagée et à un trouble somatoforme douloureux ; le médecin évoquait également des céphalées tensionnelles, une hypotension, des épigastralgies, une hyperlipidémie et des vertiges à composante orthostatique, tout en précisant que ces atteintes étaient sans répercussion sur la capacité de travail ; il a évalué celle-ci à 0%, en renvoyant à l'avis du psychiatre-traitant, en soulignant que l'incapacité de travail était principalement en relation avec l'affection psychiatrique ;
- un rapport rédigé le 26 janvier 2009 par le docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre-traitant, concluant à un syndrome douloureux somatoforme persistant apparu en janvier 2007, avec rechute au début de l'année 2008, entraînant une totale incapacité de travail depuis le 1er mai 2008 ;
- un rapport d'examen clinique bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) effectué le 30 avril 2009 par les docteurs D_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, E_____, ancien médecin-chef adjoint en psychiatrie et F_____, spécialiste FMH en psychiatrie, tous trois médecins auprès du Service médical régional de l'AI (SMR), concluant à l'absence d'incapacité de travail

sur le plan ostéoarticulaire dans une activité adaptée ; l'activité habituelle de nettoyeuse ne l'était pas totalement mais restait exigible à 50% (soit 20 h./sem.) ; dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles biomécaniques, la capacité de travail serait entière, mais, nulle sur le plan psychique depuis le début de la prise en charge par le Dr C_____, en juin 2007 ; les diagnostics suivants étaient retenus : épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, syndrome lombaire dans le contexte d'un trouble statique et dégénératif avec canal lombaire étroit sans composante compressive et dysbalances musculaires, léger syndrome cervical dans le cadre d'un trouble dégénératif et dysbalances musculaires ; étaient également mentionnés, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail, un hallux valgus, des céphalées chroniques et un tabagisme ; en résumé, les experts retenaient sur le plan ostéoarticulaire un syndrome lombaire sans déficit sensitivomoteur dans le contexte de modifications dégénératives et des cervico-scapulalgies bilatérales partiellement expliquées par des lésions dégénératives cervicales ; ces atteintes entraînaient des limitations fonctionnelles (obligation d'éviter les travaux lourds et les positions vicieuses) ; sur le plan psychique, les médecins ont constaté une symptomatologie dépressive d'intensité sévère, entrant dans le contexte d'un épisode dépressif sévère, d'abord sans symptômes psychotiques, puis avec (idées de persécution et hallucinations auditives) ; en revanche, les médecins du SMR écartaient le diagnostic de trouble somatoforme douloureux retenu par les différents médecins traitants, en expliquant que la symptomatologie dépressive était apparue avant les plaintes douloureuses ; les symptômes douloureux devaient donc être considérés comme une expression somatique dans le contexte de l'épisode dépressif ;

- une enquête économique sur le ménage réalisée le 27 août 2009 au domicile de l'assurée, concluant à un empêchement de 64,1% compte tenu de l'aide exigible des membres de la famille.

3. Une révision a été ouverte en septembre 2011.
4. Interrogé dans ce cadre, le Dr C_____ a indiqué en date du 3 octobre 2011 que l'état de sa patiente était demeuré stationnaire et les diagnostics inchangés.
5. Le Dr B_____ s'est prononcé dans le même sens, en précisant que la capacité de travail était toujours nulle, principalement en raison des affections psychiatriques.

A son rapport, le médecin-traitant a notamment joint :

- un rapport d'oesogastroduodénoscopie du 19 mai 2009 concluant à une « béance cardiaque »,
- un rapport du 19 mai 2009 concluant à une gastrite chronique légère à modérée à prédominance antrale en présence d'*Helicobacter Pylori*,

- un rapport de radiologie du 12 janvier 2010 concluant à des discopathies lombaires multi-étagées.
6. L'assurée a alors été envoyée pour expertise auprès du Docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rendu son rapport en date du 29 mars 2012, sur la base d'un examen de l'assurée et du dossier, étant précisé que l'examen clinique a été mené avec le concours d'un interprète indépendant.

L'expert a d'abord souligné que le tableau clinique était difficile à saisir : l'assurée se montrait assez catégorique, voire péremptoire sur le fait qu'elle ne pouvait travailler ; qui plus est, il existait une certaine discordance entre les observations de l'expert et l'importance des plaintes alléguées.

Au final, l'expert n'a retenu que les diagnostics d'état dépressif majeur récurrent, de gravité subclinique à légère et de troubles douloureux associés à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale. Il a estimé que ces atteintes étaient sans répercussion sur la capacité de travail.

D'un point de vue psychopathologique, l'expert a relevé une faible intégration socio-culturelle. Il a fait remarquer que les entretiens avec le psychiatre-traitant se déroulaient en français, le médecin ne maîtrisant ni l'albanais ni le serbo-croate ; c'était donc souvent un membre de la famille qui faisait office d'interprète. L'expert en a tiré la conclusion qu'il était très difficile au Dr C_____ d'avoir une appréciation très précise de l'état psychologique de l'assurée, dont il a relevé qu'elle était pour le surplus très laconique et ne donnait que très peu d'informations spontanées. Il a une nouvelle fois souligné la discordance entre l'observation objective et les allégations de l'intéressée : selon lui, l'assurée était assez tonique, n'avait jamais paru effondrée et rien chez elle ne permettait de supposer l'existence de symptômes psychotiques de type auditifs. A cet égard, l'expert, soulignant que l'assurée était assez « suggestible », a émis l'hypothèse que le Dr F_____ avait pu évoquer des symptômes psychotiques durant son examen et que l'assurée se serait alors laissé influencer ; d'ailleurs, le psychiatre-traitant n'a jamais mentionné de tels symptômes. L'expert en a déduit que le Dr F_____ devait avoir eu une attitude plutôt compassionnelle et avait dû prendre au pied de la lettre ce que lui avait dit l'assurée, sans distance critique. L'expert a également reproché au Dr F_____ de n'avoir pas opéré de distinction entre éléments objectifs et éléments subjectifs dans son examen clinique et de n'avoir pas non plus tenu compte de certaines spécificités culturelles dans l'expression par l'assurée de sa souffrance.

De son point de vue, le tableau manquait de cohérence interne. Selon lui, on se trouverait plutôt en présence d'une certaine régression secondaire, probablement encouragée par les proches et l'importance des bénéfices secondaires pour l'assurée (mobilisation de sa famille autour d'elle, avantages financiers et professionnels). D'autant qu'il était difficile de comprendre pour quelles raisons l'état dépressif n'évoluerait pas en l'absence de tout facteur de stress majeur chez une assurée qui avait peut-être vécu son activité de nettoyeuse comme étant subjectivement trop

lourde en raison de ses lombalgies. Selon lui, l'absence de maîtrise du français, un faible niveau socio-culturel, le manque de formation professionnelle, ont certainement contribué aussi au surinvestissement du statut de malade.

Pour le reste, l'expert a envisagé un possible trouble douloureux, associé à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale chronique au vu de la multiplicité des doléances somatiques, ubiquitaires, mal systématisables et pourtant sans répercussion objective durant les trois heures d'entretien. Il a cependant considéré que les conditions permettant de voir reconnaître un caractère invalidant à ce trouble somatoforme douloureux n'étaient pas réunies.

En définitive, l'expert a conclu qu'il était « manifeste que l'état psychique de l'assurée s'était nettement amélioré depuis l'examen du 30 avril 2009 » et que l'exercice d'une activité adaptée était exigible à hauteur de 100%. Il a tout au plus admis une incapacité de travail depuis le 24 avril 2008, date du début de la prise en charge auprès du Dr C_____.

Plus loin, il a ajouté : « sans indication dans notre dossier médical, nous estimons que son activité médico-théorique est de 100% dès le 1^{er} janvier 2012 ». Cette capacité a été évaluée à 50% dans l'ancienne activité.

7. Une nouvelle enquête économique sur le ménage a été réalisée le 7 août 2013.

Interrogée, l'assurée a répondu qu'en bonne santé, elle aurait continué à travailler à 50%.

Il a été relevé que deux enfants, âgés de 23 et 28 ans, vivaient encore à la maison. Avec l'époux de l'assurée, invalide pour des problèmes dorsaux, cela faisait trois adultes susceptibles d'aider l'intéressée.

Les empêchements dans la sphère ménagère ont été évalués à 4,1%, étant précisé qu'était retenue une aide exigible de la part des membres de la famille de 22,5%.

8. Le 30 septembre 2013, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il entendait supprimer sa rente.

9. L'assurée s'y est opposée par courrier du 21 octobre 2013, complété le 30 octobre 2013.

Elle a contesté toute amélioration de son état de santé depuis 2008 et a reproché à l'OAI de n'avoir plus interrogé ses médecins-traitants depuis octobre 2011, époque à laquelle ils avaient qualifié son état de santé de stationnaire.

Elle a également contesté les conclusions du Dr G_____, de même que celles de l'enquête économique sur le ménage, sans expliquer pour quels motifs.

10. Par décision du 12 novembre 2013, l'OAI a nié à l'assurée le droit à une rente au-delà du 31 décembre 2013.

L'OAI a retenu que, sans atteinte à sa santé, l'assurée aurait exercé une activité professionnelle à 50%.

S'agissant de la part correspondant aux travaux habituels (50%) l'OAI s'est référé aux résultats de l'enquête à domicile du 7 août 2013 et a retenu un empêchement de 4%.

Quant à la part correspondant à la sphère professionnelle (50%), l'OAI s'est référé à l'avis du SMR, lequel, sur la base de l'expertise du Dr G_____, a considéré que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré depuis le 1^{er} janvier 2012 au point qu'elle avait recouvré une capacité à exercer à 50% son activité habituelle, voire à 100% une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Partant, le degré d'invalidité a été recalculé et réévalué à 2% (0% de 50% dans la sphère professionnelle = 0 % + 4% de 50% dans la sphère ménagère = 2%).

11. Par écritures du 13 décembre 2013, l'assurée a interjeté recours contre cette décision.

La recourante reproche à l'OAI une instruction lacunaire : à cet égard elle fait valoir que l'évaluation du Dr C_____ contredit celle du Dr G_____.

Elle considère que l'enquête à domicile est également contestable, puisque l'intégralité des constatations de l'enquêtrice témoigne de son impossibilité totale à entreprendre elle-même une quelconque tâche ménagère.

Elle ajoute que ni sa gastropathie antrale duodenite érosive ni son arthrose n'ont été prises en compte.

Elle en tire la conclusion qu'il convient de se référer à l'avis de ses médecins-traitants, les Drs B_____ et C_____, et de retenir un degré d'invalidité inchangé.

Au surplus, elle s'interroge sur les raisons pour lesquelles aucune mesure professionnelle ne lui a été proposée, faisant remarquer à cet égard que la décision litigieuse n'est pas motivée.

A l'appui de sa position, la recourante produit notamment les éléments suivants :

- un rapport établi le 18 novembre 2013 par le Dr C_____, dont il ressort qu'il suit l'assurée depuis avril 2008, que l'état psychique de sa patiente « est toujours pareil », qu'elle est sous traitement (psychothérapie et médicaments), qu'elle est toujours incapable d'exercer son activité habituelle ou même une activité adaptée, qu'elle est « incapable de poursuivre ses activités sociales, professionnelles et ménagères » et que le pronostic n'est pas bon ;
- un rapport rédigé le 25 novembre 2013 par le Dr B_____, indiquant que sa patiente souffre depuis 2009 et 2011 de douleurs, surtout au niveau des lombaires, de troubles du sommeil, de fatigue matinale, de maux de tête, de douleurs abdominales, de fourmillements aux extrémités, de vertiges, voire de malaises ; les douleurs lombaires se sont accentuées depuis l'automne 2012 ; la prise des différents antalgiques a entraîné une accentuation d'épigastalgies ; une gastro-duodénoscopie effectuée en mai 2013 a mis en évidence une gastropathie et une antrite chronique active à Helicobacter Pylori ; selon le médecin, il n'y a eu aucune

amélioration s'agissant des douleurs lombaires ; un scanner pratiqué en octobre 2013 a mis en évidence une progression des lésions déjà connues ; la consultation de neurochirurgie a constaté en novembre 2013 un syndrome lombovertébral, des douleurs à la palpation et des douleurs mécaniques au niveau de la hanche droite ;

- un bref rapport du Professeur H_____ daté du 30 mai 2013 concluant à une gastropathie ;
- un bref rapport d'examens rédigé les 23 octobre et 21 novembre 2013 par le docteur I_____, spécialiste FMH en radiologie, et concluant à une discopathie en L4-L5 et L5-S1 ainsi qu'à une arthrose postérieure bilatérale avec sténose foraminale gauche en L5-S1 et compression de la racine L5, l'arthrose étant qualifiée de modérée ;
- un rapport du service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) du 4 novembre 2013 concluant à un syndrome lombovertébral, à des douleurs à la palpation de l'articulation sacro-iliaque droite et à des douleurs mécaniques de la jambe droite ; les médecins expliquent avoir constaté, par rapport aux examens pratiqués en janvier 2010, une discrète progression de la discopathie connue, l'absence de conflit disco-radicaire clairement décelable et un rétrécissement foraminale L5 bilatéral et L4-L5 gauche.

12. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 22 janvier 2014, a conclu au rejet du recours.

L'intimé soutient que les documents fournis par la recourante à l'appui de son recours n'offre aucun argument objectif permettant de remettre en cause l'appréciation de l'expert.

Quant à l'enquête ménagère, il rappelle que, selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, en principe, les constatations médicales prévalent.

Pour le reste, l'intimé se réfère à l'avis du docteur J_____, médecin auprès du SMR, lequel argue que le Dr C_____ ne fournit aucun argument médical objectif permettant d'expliquer les raisons des divergences d'appréciations entre lui le Dr G_____. Le Dr J_____ relève que, sur le plan physique, il y a de multiples plaintes sans substrat organique objectif. Quant au compte rendu de fibroscopie œsogastroduodénale et au rapport d'histologie des biopsies gastriques, il relève que les médecins ont expliqué que l'assurée ne présentait qu'une atteinte gastrite inflammatoire infectieuse ne nécessitant qu'un traitement antibiotique. Quant au compte rendu du scanner lombaire et de la radiographie du bassin, il ne montre aucune atteinte sévère ; en particulier, il élimine une éventuelle atteinte rhumatismale du rachis. De même, les médecins du service de neurochirurgie insistent sur l'absence d'indication neurochirurgicale et l'absence de sévérité des atteintes lombaires.

13. Par écriture du 25 février 2014, la recourante a persisté dans ses conclusions.

14. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 21 août 2014, au cours de laquelle a été entendu le Dr C_____.

Le témoin a confirmé ses diagnostics, tout en précisant que la symptomatologie anxio-dépressive était apparue avant le trouble somatoforme douloureux.

Il a également confirmé que l'état de sa patiente avait toujours été en s'aggravant et a émis l'avis qu'elle restait dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité lucrative.

15. Après consultation des parties, le Dr B_____ a également été interrogé, par écrit. Il a répondu en date du 3 novembre 2014.

Le médecin a indiqué que, depuis son rapport du 25 novembre 2013, les plaintes de sa patiente étaient restées les mêmes, étant précisé qu'une affection nouvelle importante était apparue en avril 2014 : de fortes douleurs de la ceinture scapulaire à droite (surtout au niveau de l'épaule) se sont manifestées avec une limitation progressive croissante de tous les mouvements à ce niveau.

Une imagerie cervico-scapulaire droite effectuée le 23 avril 2014 a mis en évidence une cervicarthrose modérée et une tendinopathie supra épineuse. Sur le plan clinique, l'épaule est gelée. Une arthro-IRM effectuée le 4 septembre 2014 a confirmé le diagnostic de capsulite rétractile, affection causée par l'étranglement de l'articulation de l'épaule, et malgré l'instauration d'un traitement, aucune amélioration n'est apparue.

A cet égard le médecin-traitant s'est référé à l'avis du docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel a insisté sur le fait que la récupération suite à ce type d'atteinte pouvait être très longue.

Le médecin a expliqué que deux affections devaient être distinguées : la première, ancienne, au niveau du rachis, la seconde, plus récente, au niveau de l'épaule droite et désormais au premier plan, étant précisé que les deux ont des répercussions sur la capacité de travail mais que l'affection psychiatrique reste toujours au premier plan.

S'agissant du problème rachidien, il a évalué son impact sur la capacité de travail en tant que nettoyeuse à une diminution de 20% (capacité de travail de 80% en respectant certaines limitations fonctionnelles [éviter les efforts physiques intenses répétitifs, les longs déplacements, les accroupissements, les postures en porte-à-faux et les mouvements répétés du tronc]).

Quant au problème au niveau de l'épaule, le médecin a estimé qu'il entraînait une totale incapacité de travail.

S'agissant des tâches ménagères, le médecin a évalué l'incapacité actuelle de sa patiente à 80% sur un plan purement théorique tout en préconisant la mise sur pied d'un « stage d'observation professionnelle ».

16. Par écritures du 9 décembre 2014, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

17. Par écritures du 9 juin 2015, la recourante a fait de même.

EN DROIT

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

1. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, 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 343 consid. 3).

2. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Cela étant, ces nouvelles dispositions n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message du Conseil fédéral concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 22 juin 2005, FF 2005 4322).

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.
4. Est litigieuse en l'espèce la suppression de la rente entière d'invalidité versée à la recourante. Singulièrement, il convient d'examiner si les conditions d'une révision du droit à la rente sont présentement remplies.

5. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b).

L'art. 17 al. 1^{er} LPGA dispose que 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propres 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 343 consid. 3.5). 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 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du

degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er 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 (art. 28 al. 2 LAI).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

7. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3).

8. Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable.

En vertu de l'art. 88bis al. 1 RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (let. b).

En vertu de l'art. 88bis al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet, au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a), ou rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77.

9. En l'espèce, il ressort de la décision initiale que la rente a été octroyée à l'origine pour des raisons exclusivement psychiques.

En effet, la décision initiale d'octroi de rente du 14 juin 2010 repose principalement sur l'avis des experts du SMR - lesquels ont estimé que l'assurée était dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité en raison d'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques. Il est à relever que l'épisode dépressif a été

jugé totalement invalidant même pour la période précédant l'apparition des symptômes psychotiques.

Au moment de la suppression de la rente litigieuse, force est de constater que le tableau clinique présenté par la recourante, tel que décrit par ses médecins et psychiatres traitants, ne diffère pas fondamentalement de celui présenté à l'époque de son octroi. Seul le Dr G_____ tire des conclusions contraires.

Or, son rapport d'expertise ne saurait se voir reconnaître pleine valeur probante. En effet, les conclusions du Dr G_____ selon lesquelles seuls pourraient être retenus les diagnostics d'état dépressif majeur récurrent de gravité subclinique à légère et de trouble somatoforme douloureux ne sont pas convaincantes.

En premier lieu, on relèvera que l'expert, au lieu de se contenter d'observations objectives, se livre à de multiples supputations sans fondement : le psychiatre traitant n'aurait pu se faire une idée suffisamment précise de l'état psychologique de l'assurée, l'assurée aurait peut-être vécu son activité comme trop lourde, le Dr F_____ aurait pu influencer l'assurée et lui suggérer l'existence de symptômes psychotiques durant son examen, il aurait sans doute adopté à son égard une attitude plutôt compassionnelle et prendre au pied de la lettre les dires de l'assurée, sans distance critique, il n'aurait pas tenu compte de certaines spécificités culturelles. Ce faisant, le Dr G_____, loin de se livrer à une observation objective, substitue sa propre appréciation à celle de son collègue, revenant sur l'appréciation faite par celui-ci près de trois ans plus tôt.

En second lieu, l'expert conclut à un trouble somatoforme douloureux sans expliquer pour quelles raisons il s'écarte à cet égard de l'avis des experts s'étant précédemment exprimés. Or, ceux-ci avaient clairement indiqué qu'un tel trouble devait être écarté parce que l'état dépressif avait précédé l'apparition des douleurs, lesquelles devaient être considérées comme son expression somatique. Le psychiatre traitant retient certes le diagnostic de trouble somatoforme douloureux mais confirme que l'état dépressivo-anxieux est bien antérieur aux douleurs. Cette conclusion du Dr G_____ apparaît donc pour le moins sujette à caution.

Enfin, le Dr G_____ se révèle contradictoire quant à l'appréciation de la capacité de travail : il conclut qu'il serait manifeste que l'état psychique de l'assurée se soit nettement amélioré depuis l'examen du 30 avril 2009 au point que l'exercice d'une activité adaptée serait exigible à hauteur de 100% mais ajoute plus loin que la capacité de travail doit être évaluée à 50% dans l'ancienne activité, faisant manifestement là référence aux limitations physiques de l'assurée qui ne sont pas de son ressort.

Dans le même temps, les conclusions des médecins et psychiatres traitants qui suivaient déjà l'assurée à l'époque de l'octroi initial de rente - et qui avaient donc été corroborées par les experts du SMR - sont claires : son état est demeuré stationnaire depuis lors.

Dans ces circonstances, il convient de considérer qu'il n'existe pas de modification notable de l'état de santé de l'assurée au sens de l'art. 17 LPGA et de la jurisprudence y relative citée ci-avant autorisant une révision du droit à la rente : seule l'appréciation médicale diffère entre le moment de l'octroi de la rente et celui de la révision. Or, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas; un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit ressortir clairement du dossier (p. ex. arrêt du TFA P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier : Urs MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss).

Ainsi que l'a souligné l'intimé, en matière de troubles psychiques, les conclusions médicales priment sur l'enquête à domicile. Il n'y a donc pas lieu de retenir une modification des circonstances sur la seule base de la nouvelle enquête diligentée, puisqu'il est admis par ailleurs qu'aucune amélioration de l'état psychique de la recourante n'a été démontrée au degré de vraisemblance prépondérante requis.

Un motif de révision n'entrant pas en ligne de compte dans le cas particulier, il convient d'examiner si la décision de suppression de rente peut être entérinée pour le motif substitué que la décision initiale était manifestement erronée et que sa rectification revêt une importance notable.

10. a) En vertu de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 368 consid. 2 et les références).

Le droit d'être entendu, tel qu'il est garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst.; RS 101), comprend notamment le droit pour les parties de participer à la procédure et d'influer sur le processus conduisant à la prise de décision. Il a pour corollaire que l'autorité, avant de rendre une décision touchant la situation juridique d'une partie, doit en informer cette dernière et lui donner l'occasion de s'exprimer préalablement sur le sujet (ATF 126 V 130 consid. 2b). Il s'agit d'une concrétisation du droit à une procédure équitable, consacré par l'art. 29 al. 1 Cst., qui correspond à la garantie similaire que l'art. 6 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH; RS 0.101) confère à l'égard des autorités judiciaires proprement dites. Le Tribunal fédéral a précisé que le droit d'être entendu doit notamment être reconnu et respecté lorsque le juge envisage de fonder sa décision sur une norme ou un motif juridique non évoqué dans la

procédure antérieure et dont aucune des parties en présence ne s'est prévalu et ne pouvait supputer la pertinence dans le cas particulier (ATF 128 V 272 consid. 5b/bb et les références).

b) 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 8 consid. 2c; ATF 115 V 308 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_187/2007 du 30 avril 2008 consid. 4.3). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 5.2). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, 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. Le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence - à l'époque - de preuves de faits essentiels (arrêt du Tribunal fédéral 9C_76/2010 du 24 août 2011 consid. 4.2). Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 5/07 du 9 janvier 2008 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1).

c) En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 399 consid. 2b/bb). Ce principe doit toutefois être relativisé quand le motif de reconsidération réside dans les conditions matérielles du droit à la prestation, dont la fixation nécessite certaines démarches et éléments d'appréciation (évaluations, appréciations de preuves, questions en rapport avec ce qui peut être raisonnablement exigé de l'assuré). De jurisprudence constante, une appréciation médicale différente ultérieure ne suffit pas pour faire apparaître comme manifestement erronée une décision initiale (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 512/05 du 3 mai 2006 consid. 4.2).

d) 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 les faits et la situation juridique existant

au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_74/2008 du 17 juillet 2008 consid. 2).

11. Lorsque le juge procède par substitution de motifs, il ne saurait se contenter - une fois constaté le caractère manifestement erroné de la décision initiale dans son ensemble - de confirmer purement et simplement en son résultat la décision de révision litigieuse. Par exemple, s'il apparaît que le versement d'une rente entière était à l'origine manifestement erroné, il doit encore examiner si la rente entière doit être supprimée ou remplacée par une demi-rente (ce raisonnement vaut pour d'autres échelonnements de rentes). Cela implique dès lors que le juge qui est appelé à statuer procède à un double examen. En premier lieu, il doit se prononcer sur le caractère manifestement erroné de la décision initiale. S'il répond affirmativement à cette question, il doit alors examiner la situation existant au moment où la décision de révision de l'administration a été rendue, de façon à pouvoir rétablir une situation conforme au droit (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 5.3).

12. En l'espèce, pour octroyer la rente, l'OAI s'est basé sur le rapport des médecins du SMR, lequel, détaillé et convaincant et corroboré par les conclusions du psychiatre traitant, doit se voir reconnaître pleine valeur probante. La décision de l'OAI, fondée sur un rapport d'expertise clair, n'était pas manifestement erronée.

Ainsi, en l'absence d'un motif de révision ou de reconsidération de la décision du 14 juin 2010, la rente d'invalidité accordée à la recourante doit être maintenue.

13. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 12 novembre 2013 sera annulée. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant 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 CHF 200.-.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 12 novembre 2013.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de CHF 3'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- 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 - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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