

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4069/2009

ATAS/1300/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 16 décembre 2010**

En la cause

Madame T\_\_\_\_\_, domiciliée c/o Fédération suisse pour  
l'intégration des handicapés, comparant avec élection de domicile  
en l'étude de Maître Jean-Marie AGIER, avocat

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente, Violaine LANDRY-ORSAT et Christine  
LUZZATTO, Juges assesseurs.**

---

### EN FAIT

1. De novembre 1991 à octobre 1997, Madame T \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1974, a travaillé en tant qu'aide-infirmière à l'hôpital universitaire de Zürich, à raison de 42h./sem., pour un revenu qui s'est élevé, en 1997, à 46'578 fr. (pce 7 OAI). L'assurée est mère de deux enfants, nés en juin 1996 et en mars 2002.
2. Par décision du 10 décembre 1999, l'Office de l'assurance-invalidité de Zurich a reconnu à Madame T \_\_\_\_\_, née le 22 février 1974, le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1er octobre 1997. Cette décision se basait principalement sur les éléments suivants :
  - un rapport rédigé en date du 25 août 1998 par les Drs A \_\_\_\_\_ et B \_\_\_\_\_ (clinique de rhumatologie et institut de médecine physique de l'hôpital universitaire de Zürich), retenant le diagnostic de douleurs lombaires chroniques, de légères cervicalgies, de trouble somatoforme douloureux et concluant à une capacité de travail de 50% dans la profession d'aide-infirmière exercée précédemment par l'assurée et de 100% dans une activité adaptée, c'est-à-dire permettant de changer de position et d'éviter le port de charges de plus de 15 kg (cf. pce 19 OAI);
  - un rapport rédigé en date du 30 juillet 1999 par le Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, confirmant le diagnostic de trouble somatoforme douloureux (F45.0) et y ajoutant celui de trouble dépressif réactionnel (F43.21); le médecin concluait que la capacité résiduelle de travail, déjà limitée à 50% pour des raisons somatiques, était nulle dans l'ensemble; il ajoutait que l'assurée n'était plus capable de tenir son ménage depuis plusieurs années déjà, pas plus qu'elle n'était capable de prendre soin d'un jeune enfant (pce 40 OAI).
3. Une procédure de révision a été ouverte en date juin 2004.
4. Interrogée par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI), l'assurée a allégué que son état s'était aggravé : elle souffrait désormais également de sciatique et s'était cassé la cheville.
5. Son médecin traitant, le Dr D \_\_\_\_\_, a indiqué, dans un rapport daté du 9 décembre 2004, que sa patiente souffrait depuis 1996 de fibromyalgie et d'un état dépressif associé entraînant une incapacité totale de travailler depuis 1998. Le médecin a fait état d'un état douloureux fluctuant avec une péjoration des dorsolombalgies, en particulier durant les deux grossesses de la patiente. De manière générale, il a qualifié l'état de cette dernière de stationnaire. Enfin, il a suggéré une évaluation psychiatrique.

- 
6. L'assurée a été adressée aux Drs E \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, tous deux médecins auprès du Service médical régional de l'AI (SMR); ils ont rendu leur rapport en date du 23 mai 2006 (cf. pce 60 OAI).

Ces médecins ont retenu les diagnostics suivants : discrets troubles de la statique vertébrale (M54.9) syndrome somatoforme douloureux (F45.4) et dysthymie (F34.1). Ils se sont ralliés aux conclusions de leurs confrères zurichois et ont estimé que, sur le plan strictement ostéo-articulaire, l'assurée pourrait exercer à 50% son ancienne activité et à 100% une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues sur le plan physique.

Pour le reste, ils ont émis l'avis que, sur le plan psychique, il n'y avait jamais eu d'incapacité de travail. Le Dr F \_\_\_\_\_ s'est écarté expressément des conclusions du Dr C \_\_\_\_\_. Il a expliqué que, pour retenir le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, la symptomatologie dépressive ne peut aller au-delà d'un degré léger et qu'au surplus, l'expert, dans sa description du status, avait mentionné que l'assurée ne donnait pas l'impression d'être dépressive, qu'elle se plaignait d'un abattement et de troubles du sommeil depuis trois mois, que son humeur était légèrement abaissée durant l'entretien, que ses pensées étaient centrées autour des douleurs, qu'il existait des troubles du sommeil, de la libido et de l'appétit. Le Dr F \_\_\_\_\_ a relevé que le Dr C \_\_\_\_\_ n'avait mentionné ni réduction de l'énergie et de la volonté ni ralentissement ni troubles cognitifs. Il en a tiré la conclusion qu'il n'y avait pas de raison suffisante pour conclure à une incapacité de travail comme l'avait fait le Dr C \_\_\_\_\_.

7. Se basant sur les conclusions de cet examen bidisciplinaire, le Dr G \_\_\_\_\_, du SMR, a émis en date du 7 juin 2006 l'avis que les critères permettant de reconnaître un caractère invalidant à l'atteinte de l'assurée n'étaient pas remplis puisqu'il n'y avait ni comorbidité psychiatrique invalidante, ni retrait social, et qu'au surplus, la discordance entre les plaintes et l'examen clinique rhumatologique - quasiment normal - était importante. Se référant à l'avis des médecins de la clinique de rhumatologie de Zurich, le Dr G \_\_\_\_\_ a estimé que, du point de vue strictement ostéo-articulaire, l'assurée pourrait exercer à plein temps une activité adaptée, c'est-à-dire permettant d'alterner les positions, d'éviter le soulèvement régulier de charges de plus de 8 kg, le port régulier de charges de plus de 15 kg et le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Il a émis l'opinion que cela était le cas depuis mars 1997 déjà puisque les médecins du service de rhumatologie du Trimmlispital concluaient même à cette époque à une capacité de travail préservée.
8. Le dossier de l'assurée a alors été soumis à la division de réadaptation professionnelle de l'AI qui a comparé le revenu qu'aurait obtenu l'assurée en 1997,

---

soit 46'578 fr., à celui qu'elle aurait pu obtenir la même année en exerçant une activité adaptée, compte tenu d'une réduction supplémentaire de 10%, soit 39'237 fr. (TA1 de l'Enquête sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique [ESS] 1996, niveau 4 = 3'455 fr./mois pour un horaire de 40h./sem. = 3'619 fr./mois pour un horaire de 41,9 h./sem. = 43'429 fr. en 2006 = 43'597 en 2007 à 100%), ce qui l'a conduit à un degré d'invalidité de 15,8 %, arrondi à 16% (pce 64 OAI).

9. Le 10 novembre 2006, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il la considérait capable d'exercer une activité adaptée à plein temps, que la décision du 10 décembre 1999 était manifestement erronée et qu'il se proposait dès lors de supprimer sa rente.
10. Le 29 novembre 2006, l'assurée s'est opposée à ce projet par le biais de son conseil. Elle a fait remarquer qu'en réalité, le Dr F \_\_\_\_\_ avait substitué son appréciation à celle du Dr C \_\_\_\_\_, ce qui ne constituait pas un motif de reconsidération valable.
11. Une enquête ménagère a été mise sur pied à Zurich (où l'assurée a ré-emménagé en novembre 2005). Du rapport établi en date du 7 août 2009, il ressort que l'enquêteur a conclu que l'assurée, sans atteinte à sa santé, aurait travaillé à 80% ou à 100% (p. 3 du rapport, pce 74 OAI).

"Die Versicherte hat klare Vorstellungen, wie sie heute ohne Behinderung ihren Arbeitsalltag gestalten und die Kinderbetreuung regeln würde. Seit rund einem Jahr lebt sie wieder mit ihrem Ex-Mann zusammen, aber nicht mehr als Paar. Nach Angaben der Versicherten, soll der Ex-Mann bei der Scheidung lediglich zu monatlichen Unterhaltungszahlungen von je CHF 100.- pro Kind verpflichtet worden sein. Damit wäre die Versicherte, zur finanziellen Absicherung, ebenfalls auf eine Erwerbstätigkeit angewiesen. Von daher erscheinen mir die Angaben der Versicherten nachvollziehbar. Deshalb Qualifikation Erwerbsbereich 80%."

L'assurée a quant à elle déclaré qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 80 ou 100% (p. 2 du rapport). Elle a ajouté qu'elle se serait organisée pour confier ses enfants à une baby-sitter ou à une crèche, tout en continuant à leur préparer leurs repas. L'enquête a conclu à un empêchement de 31,84% dans la sphère ménagère.

12. Par décision du 19 octobre 2009, l'OCAI a supprimé la rente allouée jusqu'alors à l'assurée, précisant que cette suppression prendrait effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de sa décision et qu'un recours éventuel n'aurait pas d'effet suspensif.

L'OAI a motivé cette décision par le fait que, selon l'examen pratiqué au SMR le 22 mai 2006, l'atteinte à la santé de l'assurée n'avait plus de répercussion notable sur sa capacité de gain. En particulier, il a été relevé que sa fibromyalgie ne pouvait se voir reconnaître un caractère invalidant, les critères énoncés par la jurisprudence n'étant pas remplis en l'occurrence.

En conséquence de quoi, l'OAI a considéré que l'assurée pourrait exercer à 50% son ancienne activité et à 100% une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, lesquelles consistaient en la nécessité de pouvoir alterner une fois par heure les positions assise et debout, d'éviter le soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, le port régulier de charges d'un poids excédant 15 kg, et le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

L'OAI a ensuite comparé le revenu sans invalidité (46'578 fr.) à celui après invalidité (34'878 fr.), ce qui l'a conduit à un degré d'invalidité de 33% dans la sphère lucrative (représentant une part de 80%) et à un degré d'invalidité de 31,84% dans la sphère ménagère (représentant une part de 20%), soit un degré d'invalidité global de 33% (26% + 6,4%).

L'OAI a motivé cette révision par le fait que l'état psychique de l'assurée avait évolué favorablement mais également par le fait qu'il avait été rendu plausible qu'elle aurait changé de statut, passant de celui d'active - initialement retenu - à celui d'active à 80%.

13. Par courrier du 22 octobre 2009, le conseil de l'assurée s'est étonné auprès de l'OAI que la décision en question ait été directement notifiée à sa mandante. Il a par ailleurs reproché à l'OAI de ne pas avoir répondu aux arguments énoncés dans sa prise de position du 29 novembre 2006. Il a enfin allégué qu'un nouveau projet de décision aurait dû précéder toute décision formelle.
14. Ce à quoi l'OAI a répondu, en date du 26 octobre 2009, en substance, que puisqu'une décision avait été notifiée à l'assurée, il appartenait à cette dernière de saisir le Tribunal cantonal.
15. Par écriture du 12 novembre 2009, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en concluant sur mesures provisionnelles urgentes à la restitution de l'effet suspensif et, quant au fond, à ce que la décision de l'OAI soit déclarée "nulle et de nul effet".

La recourante reproche à l'OAI de n'avoir pas notifié la décision du 19 octobre 2009 à son avocat, de n'avoir pas répondu aux arguments avancés en date du 29 novembre 2006 et enfin, du fait que la méthode mixte d'évaluation lui a été appliquée, sans que cela n'ait fait l'objet d'un nouveau projet de décision.

Elle invoque en conséquence une violation de son droit d'être entendue, une notification irrégulière et enfin, une violation de la disposition légale qui prévoit que l'office communique à l'assuré toute décision finale qu'il entend prendre au moyen d'un préavis.

16. Invité à se déterminer sur la question de l'effet suspensif, l'intimé, dans sa réponse du 26 novembre 2009, a conclu au rejet de la requête de la recourante.

Il allègue qu'il y a eu amélioration sur le plan psychique puisqu'au moment où la rente a été octroyée à l'assurée, les experts avaient conclu à une réaction dépressive avec trouble de l'adaptation alors que dans le cadre de l'instruction ouverte sur révision, ils n'ont plus constaté qu'une dysthymie.

L'intimé ajoute que si l'assurée travaillait effectivement à plein temps auparavant, sa situation s'est modifiée depuis lors puisqu'elle a eu deux enfants. Se référant à l'enquête économique sur le ménage effectuée à Zurich, il conclut qu'elle doit désormais se voir reconnaître un statut mixte (active à 80% seulement).

17. Le 10 décembre 2009, l'intimé a rappelé que le statut d'un assuré doit être examiné tant au moment de l'examen initial du droit qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci. Or, dans le cas présent, la situation familiale de la recourante s'est modifiée, raison pour laquelle il a été procédé à une enquête ménagère, laquelle a révélé que l'assurée devrait se voir désormais reconnaître un statut mixte.

Pour le reste, l'intimé a admis avoir commis une erreur dans le calcul du degré d'invalidité (il avait abouti à un taux de 33% en comparant le salaire avant invalidité pour une activité à 100% à un salaire d'invalidé pour une activité à 80%) et a procédé à une nouvelle comparaison des revenus aboutissant cette fois à une perte de gain de 15% (correspondant à un degré d'invalidité de 12%) dans la sphère professionnelle et à un degré d'invalidité globale de 18% (12% + 6%). Le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle a été obtenu en comparant le revenu que l'assurée aurait réalisé à 80% en 2004, soit 41'286 fr., à celui qu'elle aurait pu réaliser la même année à 80% malgré son état de santé et après réduction supplémentaire de 10%, soit 34'981 fr. (ESS 2004 TA1 niveau 4 : 3'893 fr./mois pour un horaire de 40 h./sem. = 4'049 fr./mois pour un horaire de 41,6 h./sem. = 48'585 fr. à 100% = 38'868 fr. à 80%).

L'intimé ajoute que, contrairement aux allégations de la recourante, il a répondu à ses observations puisqu'il a renoncé à procéder à une reconsidération et a opté pour une révision pour modification notable des circonstances.

Il souligne par ailleurs que l'enquête économique a été mise sur pied suite aux observations de l'assurée quant à son projet de décision et que conformément à la jurisprudence, il n'était pas tenu de rendre un nouveau projet de décision, d'autant que, dans le cas d'espèce, le projet de décision prévoyait d'ores et déjà une

suppression de rente et que l'assurée a participé à l'enquête économique sur le ménage.

Il ajoute que la recourante ne fait valoir aucun argument permettant de remettre en cause le statut mixte retenu.

Enfin, il fait remarquer par ailleurs que l'irrégularité de la notification irrégulière n'a entraîné aucun préjudice pour l'assurée.

18. Par arrêt incident du 17 décembre 2009, le Tribunal de céans a rejeté la demande de rétablissement de l'effet suspensif.
19. Dans sa réplique du 21 janvier 2010, la recourante - qui avait été invitée à se déterminer au fond après avoir eu la possibilité de consulter les pièces du dossier -, a persisté à soutenir que son droit d'être entendue avait été violé par le fait que l'Office AI ne lui ait pas communiqué un nouveau projet de décision avant de rendre sa décision formelle.

Pour le reste, elle a fait remarquer que le Dr F\_\_\_\_\_ n'a pas conclu à une amélioration de son état psychique mais s'est purement et simplement écarté des conclusions du Dr C\_\_\_\_\_.

20. Par écriture du 17 février 2010, l'intimé a relevé que la recourante, dans sa réplique, s'était contentée de critiquer l'arrêt incident du Tribunal.
21. Une audience s'est tenue en date du 1<sup>er</sup> juillet 2010. A cette occasion, le conseil de la recourante a persisté à conclure à la nullité de la décision du 19 octobre 2009.

Quant au fond, il s'est déclaré dans l'incapacité d'indiquer au Tribunal si sa mandante contestait ou non le statut qui lui avait été reconnu. Il a expliqué ne pas même en avoir discuté avec elle tant la violation de son droit d'être entendue lui avait paru grave. A cet égard, il s'est encore étonné de la brièveté de la motivation de la décision de l'OAI, dont il a rappelé qu'elle avait pour conséquence la suppression d'une rente allouée depuis une dizaine d'années. Pour le surplus, il a répété que l'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_ ne constituait à son avis qu'une appréciation différente de celle du premier expert.

Ce à quoi l'intimé a fait remarquer qu'il ne pouvait échapper à l'assurée qu'une procédure de révision était en cours puisqu'elle en avait été informée et avait participé à l'enquête ménagère.

A l'issue de l'audience, la cause a été gardée à juger.

## EN DROIT

1. Les questions de compétence et de recevabilité ayant déjà été examinées par le Tribunal de céans dans son ordonnance, il n'y a pas lieu d'y revenir ici.
2. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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 18 décembre 2006, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision; ci-après LAI ; RS 831.20). 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<sup>ème</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Est litigieuse en l'espèce la suppression de la rente entière d'invalidité versée à la recourante jusqu'en décembre 2009. Singulièrement, il convient d'examiner si les conditions d'une révision du droit à la rente sont remplies.

Mais au préalable, il convient de vérifier si, ainsi que le soutient la recourante, la décision litigieuse peut être déclarée purement et simplement nulle.

4. a) En premier lieu, la recourante invoque le fait que la décision litigieuse a été notifiée irrégulièrement puisqu'elle lui a été adressée directement alors qu'elle avait fait élection de domicile chez son conseil.

Selon la jurisprudence, les communications que les autorités administratives et judiciaires destinent aux parties qu'elles savent représentées par un mandataire doivent être adressées à celui-ci. Il s'agit là d'un principe général du droit des assurances sociales, commandé par la sécurité du droit, qui établit une règle claire quant à la notification déterminante pour le calcul du délai de recours (cf. DTA 2002 n°9 p. 66 consid. 2; RAMA 1997 n° U 288, p. 442 consid. 2b).

La décision doit parvenir à la connaissance des intéressés; plus précisément, ceux-ci doivent être mis dans la situation où la prise de connaissance ne dépend plus que d'eux-mêmes ou leur représentant (cf. MOOR, Droit administratif, 2ème éd., Berne 2002, volume II, p. 302). La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (art. 49 al. 3 dernière phrase LPGA). Cependant, la jurisprudence n'attache pas nécessairement la nullité à l'existence de vices dans la notification; la protection des parties est suffisamment garantie lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité. Il y a lieu d'examiner, d'après les circonstances du cas concret, si la partie intéressée a réellement été induite en erreur par l'irrégularité de la notification et a, de ce fait, subi un préjudice (ATF 122 I 99 consid. 3a/aa, 111 V 150 consid. 4c et les références; RAMA 1997 n° U 288 p. 444 s. consid. 2b/bb; ZBI 95/1994 p. 530 consid. 2).

En l'espèce, bien que la recourante eût fait élection de domicile chez son conseil, l'intimé lui a notifié directement la décision litigieuse. Cette notification est irrégulière puisque la décision n'a pas été adressée au domicile élu par la recourante chez son avocat. Toutefois, étant donné que la recourante a pu interjeter recours en temps utile, force est de constater que, malgré sa forme irrégulière, la notification a atteint son but. L'assurée ne subissant aucun préjudice, elle ne peut donc déduire de cette irrégularité aucun argument en sa faveur.

b) En second lieu, la recourante invoque une violation de son droit d'être entendue au motif que la question de son statut n'était pas évoquée dans le projet qui lui a été adressé et ne l'a été pour la première fois que dans la décision formelle qui lui a été notifiée.

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 (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 127 V 132 consid. 2b). La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4 de l'ancienne constitution, et qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst (ATF 127 I 56 consid. 2b, 127 III 578 consid. 2c, 126 V 130 consid. 2a), 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. 2a, 375 consid. 3b).

A cet égard, l'art. 57a al. 1 LAI prévoit en particulier que l'Office AI communique à l'assuré au moyen d'un préavis toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestation ou de la suppression d'une prestation déjà allouée.

Cependant, ainsi que l'a relevé l'intimé, le Tribunal fédéral, dans un arrêt 9C\_115/2007 du 22 janvier 2008 (consid. 5.2) a souligné que le projet de décision prévu à l'art. 57a LAI ne peut être confondu avec l'acte administratif défini à l'art. 5 de la loi fédérale sur la procédure administrative (PA ; RS 172.021). Par la notification d'un projet de décision, l'administration informe l'assuré de la suite qu'elle entend donner à sa requête, généralement sur le fond, et lui permet de se prononcer sur les éléments retenus (garantie du droit d'être entendu dans le cadre de la procédure préalable; art. 73bis al. 1 RAI repris à l'art. 42 LPGA; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, Zurich, 1999, nos 170 et 171; Kieser, *ATSG Kommentar*, Zurich, 2003, nos 7 et 8 ad art. 42 LPGA et les références). Dans le cas soumis à notre Haute Cour, cette dernière a ainsi estimé que l'Office pouvait revenir sur son projet et rendre une décision formelle s'en écartant.

On ajoutera que la recourante, dans la mesure où elle avait participé de manière active à l'enquête ménagère effectuée à son domicile, était par la force des choses informée de celle-ci et a pu exprimer son point de vue, lequel a été relaté dans le rapport établi par l'enquêteur.

Là encore, il n'y a donc pas eu violation du droit d'être entendu justifiant de qualifier la décision litigieuse de nulle.

c) En troisième lieu, la recourante fait grief à l'intimé de n'avoir pas suffisamment motivé sa décision.

En vertu des art. 35 al. 1 et 61 al. 2 PA (applicables par le renvoi de l'art. 1er al. 3 PA lui-même applicable en vertu de l'art. 61 LPGA), les juridictions cantonales compétentes en matière d'assurances sociales sont tenues de motiver les décisions qu'elles rendent. Selon la jurisprudence (consid. 4 de l'arrêt A. du 27 mars 2001, H 249/00 et H 256/00), les dispositions précitées ont la même portée que le droit d'obtenir une décision motivée, déduit du droit d'être entendu garanti à l'article 29 al. 2 Cst. En d'autres termes, l'autorité doit motiver ses décisions, mais n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties; elle peut au contraire se limiter à ceux qui peuvent être tenus pour pertinents. Il suffit, de ce point de vue, que les parties puissent se rendre compte de la portée de la décision prise à leur égard et, le cas échéant, recourir contre celle-ci en connaissance de cause (ATF 124 V 181 consid. 1a ; 124 II 149 consid. 2a et réf. citées).

Tel est le cas en l'occurrence. L'intimé a en effet expliqué qu'il considérait que l'examen pratiqué au SMR le 22 mai 2006 avait démontré que l'atteinte à la santé de l'assurée n'avait plus de répercussion notable sur sa capacité de gain, que sa fibromyalgie ne pouvait en particulier plus se voir reconnaître un caractère invalidant, les critères énoncés par la jurisprudence n'étant pas remplis en l'occurrence. Il a par ailleurs également expliqué les calculs auxquels il s'était livré.

L'assurée était ainsi en position d'interjeter recours et de motiver ce dernier.

d) Il ressort de ce qui précède que l'on ne saurait déclarer la décision litigieuse nulle et non avenue ainsi que le souhaiterait la recourante, étant rappelé que, selon un principe général, la nullité d'un acte commis en violation de la loi doit résulter ou bien d'une disposition légale expresse, ou bien du sens et du but de la norme en question (ATF 122 I 98 sv. consid. 3a; Pra 2000 no 161 p. 972 sv. consid. 3a) et qu'en d'autres termes, il n'y a lieu d'admettre la nullité, hormis les cas expressément prévus par la loi, qu'à titre exceptionnel, lorsque les circonstances sont telles que le système d'annulabilité n'offre manifestement pas la protection nécessaire (cf. ATF 121 III 156 consid. 1).

Il est encore utile de souligner que, d'après la jurisprudence, la nullité d'une décision n'est admise que si le vice dont elle est entachée est particulièrement grave en raison de l'importance de la norme violée, manifeste ou du moins facilement décelable et si, en outre, la constatation de la nullité ne met pas sérieusement en danger la sécurité du droit. Des vices de fond n'entraînent qu'à de rares exceptions la nullité d'une décision; en revanche, de graves vices de procédure, ainsi que l'incompétence qualifiée de l'autorité qui a rendu la décision sont des motifs de nullité (ATF 129 I 363 sv. consid. 2 et 2.1 et les références).

Ainsi que cela ressort des considérations qui précèdent, en l'espèce, nul vice d'une telle gravité n'a été mis en évidence.

Il convient dès lors de se pencher sur le fond du litige et d'examiner à présent si les conditions d'une révision du droit à la rente sont remplies.

5. a) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 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 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

b) 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 manifestement 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. 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 369 consid. 2 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 122 V 373 consid. 2c et 390 consid. 1b). Il est à 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. 4a7cc). 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 no 28 p. 158 consid. 3c). A l'inverse, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit de l'époque (arrêt du TFA en la cause P. du 14 août 2003 [I 790/01], consid. 3).

6. a) En l'espèce, la décision initiale d'octroi de rente du 10 décembre 1999 reposait essentiellement sur le rapport du Dr C\_\_\_\_\_, psychiatre, puisque les rhumatologues avaient, pour leur part, conclu à une capacité de travail préservée dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues.

Il convient néanmoins de relever que l'expert psychiatre évoquait alors déjà un processus d'amélioration en cours ("Allerdings muss berücksichtigt werden, dass

sie seit mehr als 3 Monaten unter dem Antidepressivum Seropram steht eine damals offenbar niedergeschlagener war une vor allem starke Schlafstörungen hatte [was annehmen lässt, dass sie damals eine eigentliche Depression hatte]."

Dans son rapport du 22 mai 2006, le Dr F \_\_\_\_\_ a quant à lui constaté que les troubles psychiques étaient désormais moindres, en tout cas insuffisants pour être considérés comme incapacitants *per se*. Il a précisé n'avoir pu conclure, à l'analyse du quotidien de l'assurée, à une diminution de la volonté de l'intéressée, dont il a souligné qu'elle prenait de nombreuses initiatives, n'avoir pu objectiver de troubles de la concentration - les oublis mentionnés par la patiente ne constituant pas des troubles formels de la mémoire d'évocation et de fixation mais une symptomatologie banale - et enfin, n'avoir pas non plus constaté de ralentissement psychomoteur. En définitive, ce n'est que sur la base des dires de l'assurée - qui affirmait que son état psychique s'était plutôt péjoré - que l'expert s'est interrogé sur le caractère incapacitant de ces troubles par le passé. Il s'est alors effectivement écarté du rôle qui était le sien en se penchant sur la situation passée et en émettant l'opinion que l'expertise du Dr C \_\_\_\_\_ devait être remise en question. A cet égard, c'est à juste titre que la recourante lui a reproché de substituer purement et simplement son appréciation à celle du Dr C \_\_\_\_\_ et ce, plusieurs années après les faits.

Cependant, même si c'est à tort que le Dr F \_\_\_\_\_ a étendu ses conclusions au passé, cela ne saurait suffire à nier toute valeur probante au reste de son expertise, laquelle aboutit par ailleurs à des résultats convaincants et motivés sur le plan des diagnostics retenus - en tout cas pour ce qui est des faits tels qu'ils se présentaient au moment de l'expertise. On peut ainsi en tirer la conclusion que l'état de santé de l'assurée, sur le plan psychique, s'est bel et bien amélioré puisque l'expert n'a constaté que des troubles insuffisants pour justifier à eux seuls une incapacité de travail. On relèvera que l'anamnèse n'a pas mis en évidence de perte d'intégration sociale puisque l'assurée prend des initiatives, aide ses enfants à se préparer pour l'école, garde des contacts avec les membres de sa famille et voit régulièrement des amis.

On ajoutera qu'aucun élément ne permet de remettre en question le bien-fondé des constatations du Dr F \_\_\_\_\_. En particulier, le médecin traitant de l'assurée, s'il a certes mentionné le diagnostic d'état dépressif, n'a aucunement documenté ce dernier et a suggéré de procéder à une évaluation psychiatrique à laquelle s'est précisément livré le Dr F \_\_\_\_\_.

En conséquence, il y a lieu de se rallier aux conclusions du rapport du SMR - lequel rejoint, sur le plan ostéo-articulaire, celles des experts qui s'étaient précédemment prononcés - et de reconnaître à l'assurée, désormais, une capacité de travail préservée dans une activité adaptée.

Sur cette base, il convient à présent de vérifier le calcul du degré d'invalidité auquel s'est livré l'intimé et d'examiner, en premier lieu, si c'est à juste titre qu'il a reconnu à l'intéressée un statut mixte.

7. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 (art. 7 LPGA).

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), l'objet de l'assurance n'est donc pas l'atteinte à la santé en soi mais plutôt les conséquences économiques qui en découlent, soit l'incapacité de réaliser un gain par un travail exigible (ou d'accomplir les travaux habituels pour les non-actifs). La notion d'invalidité est ainsi une notion juridique, basée sur des éléments essentiellement économiques, qui ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle, tel que le détermine le médecin ; ce sont les conséquences économiques de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 105 V 207ss.; 106 V 88; 110 V 275; RCC 1981 p. 124 consid. 1a).

b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, 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. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide 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).

Le nouveau droit n'a pas modifié l'échelonnement des rentes (art. 28 al. 1 LAI) en tant qu'il se rapporte au quart et à la demi-rente, mais il permet d'octroyer trois-quarts de rente à l'assuré dont le degré d'invalidité atteint 60 %, alors que le taux ouvrant droit à une rente entière est passé de 66 ⅔ à 70 %.

c) 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.

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, ou s'il se consacrerait uniquement à ses 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).

d) Bien qu'invitée à se déterminer sur ce point à plusieurs reprises (à l'occasion de sa réplique puis en audience) la recourante a délibérément renoncé à le faire.

Le Tribunal de céans instruit cependant les faits selon la maxime d'office. Or, il est établi que durant plusieurs années, de 1991 à 1997, l'assurée a travaillé à plein temps en tant qu'aide infirmière. Certes, l'enquêteur zurichois a conclu à un statut d'active à 80 % seulement, au motif que l'assurée était désormais mère de deux enfants. L'assurée a cependant quant à elle affirmé qu'en bonne santé, elle aurait même travaillé à 100%. Cette allégation est d'autant plus plausible que l'assurée a continué à travailler à plein temps après la naissance de son premier enfant et que depuis qu'a été rendue la décision initiale, sa situation financière s'est plutôt péjorée puisqu'un second enfant est né - engendrant de nouveaux coûts - et qu'elle s'est

séparée de son époux (même si à l'heure actuelle, ils font à nouveau plus ou moins ménage commun).

Dans ces conditions, on ne saurait se baser sur le seul fait que l'assurée est mère de deux enfants pour réduire son taux d'occupation de 20 % en dépit de ses dires. En conséquence, le Tribunal de céans admettra que la recourante doit se voir reconnaître le statut d'active à 100 %.

8. a) Reste donc à calculer son degré d'invalidité.

b) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance de l'éventuel droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé.

c) En l'espèce, il a été retenu par le Tribunal de céans que l'assurée, sans atteinte à la santé, aurait travaillé à 100%.

En 2009, date à laquelle l'amélioration de son état de santé psychique a été constatée, elle aurait ainsi pu réaliser un revenu de 55'000 fr. (revenu de 46'578 fr. réalisé en 1997, revalorisé selon les indices des prix à la consommation et des salaires réels cf. La Vie économique, tableau B10.3 n°12/2008, p. 95). C'est ce montant qu'il convient donc de retenir à titre de revenu sans invalidité.

Quant au revenu après invalidité, étant rappelé que la recourante pourrait exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations, il y a lieu, conformément à une jurisprudence bien établie, de se référer aux données statistiques (Enquête suisse sur la structure des salaires - ESS) lorsque, comme en l'espèce, l'assurée n'a pas repris d'activité lucrative (ATF 126 V 76 et ss. consid. 3b/aa et bb ; VSI 2002 p. 68 consid. 3b). On retiendra ainsi un revenu de 47'324 fr. après réduction supplémentaire de 10% (ESS 2008 TA1 niveau 4 : 4116 fr./mois pour un horaire de 40 h./sem. = 4'291 fr./mois pour un horaire de 41,7 h./sem. = 51'491 fr. en 2008 = 52'582 fr. en 2009). En effet, il faut considérer que dans la catégorie retenue, l'on trouve des activités qui peuvent être adaptées aux limitations fonctionnelles de la recourante et qui ne demandent aucune formation professionnelle.

Force est de constater qu'il ne résulte de la comparaison de ces deux revenus qu'un degré d'invalidité de 13,96 %, insuffisant pour ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

Eu égard à ce qui précède, force est de constater que c'est à juste titre qu'en définitive, l'intimé a mis fin au versement de la rente précédemment allouée à la recourante. Le recours est par conséquent rejeté.

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

**Statuant**

**Au fond :**

1. Rejette le recours.
2. 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 SÉCHAUD

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