

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4336/2008

ATAS/1221/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 28 septembre 2009

En la cause

Madame K_____, domiciliée à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître CHEVALIER Suzette

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Mme K_____ (ci-après : l'assurée), née en 1951, originaire de Bosnie-Herzégovine, mariée, mère de deux enfants nés en 1976 et 1986 est titulaire d'une autorisation d'établissement C.
2. L'assurée a travaillé comme employée de buanderie pour les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) depuis le 1^{er} mai 1996 à 100 %.
3. Dès le 4 décembre 2000, elle a été en incapacité totale de travailler.
4. A la demande du Dr L_____, FMH médecine générale, plusieurs examens ont été pratiqués :
 - Une radiographie des colonnes cervicale, dorsale et lombaire du 9 janvier 2001 montrant des ébauches ostéophytaires dorsales et lombaires, une discrète scoliose et une diminution de la lordose cervicale physiologique, posturale ou antalgique.
 - Une scanographie lombaire inférieure du 26 janvier 2001 montrant des discopathies L3-L4 et L4-L5 débutantes.
 - Une scanographie cervicale du 14 février 2001 montrant une discopathie C4-C5 débutante.
 - Une résonance magnétique lombaire du 25 octobre 2001 montrant des discopathies étagées, une protrusion discale postéro-médiane L3-L4 légèrement compressive sur le fourreau dural.
5. Le 30 août 2001, le Dr M_____, FMH neurochirurgie, a relevé que l'assurée présentait des lombalgies communes sur troubles statiques avec une composante d'instabilité débutante.
6. Le 19 novembre 2001, le Dr N_____, FMH médecine interne, médecin-conseil de l'employeur, a rendu un rapport médical suite à l'examen de l'assurée du 31 mai 2001. L'arrêt de travail du 4 décembre 2000 était médicalement justifié et elle n'était plus apte à assumer son travail. Une demande de prestations AI était nécessaire.
7. Le 9 novembre 2001, l'assurée a requis des prestations de l'AI en raison de "problèmes de dos".
8. Le 14 mai 2002, le Dr L_____ a rempli un rapport médical AI et attesté des diagnostics de discopathies étagées lombaires, protrusion discale C3 compressive discopathie C4-C5 et état dépressif depuis environ 1997. Il suivait l'assurée depuis

décembre 2000 et a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 4 décembre 2000. Il déclarait appuyer les conclusions du Dr N_____, médecin-conseil de l'employeur. Malgré un traitement assez lourd, la patiente continuait de souffrir et il n'y avait malheureusement pas de solution chirurgicale.

9. A la demande de l'OCAI, le Dr G. O_____, FMH rhumatologie et médecine interne, a rendu une expertise le 25 avril 2003. Le bilan radiologique n'avait pas révélé de problèmes ostéo-articulaires spécifiques, de hernies discales ou de canal lombaire étroit, à l'exception d'une discopathie L3-L4. L'assurée décrivait des douleurs migrantes et fluctuantes de sa musculature et de son squelette, avec des irradiations douloureuses, avec paresthésie des jambes et un état d'épuisement. L'expert pose les diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant sur la forme de rachialgies et de douleurs éparses de la musculature et du squelette. La capacité de travail était de 75 % dans l'ancienne activité de lingère et de 100 % dans une activité adaptée, légère.
10. A la demande de l'OCAI, le Dr P_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rendu une expertise le 18 août 2003. Il pose les diagnostics de F45.4 syndrome douloureux somatoforme persistant; F33.0 trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, HDRS :17; F61.0 troubles mixtes de la personnalité, personnalité anxieuse (évitante) (a, c, f), personnalité dépendante (c, d), personnalité anancastique (a, f), personnalité histrionique (a), personnalité paranoïaque (a).

La capacité de travail était de 0 %. Un traitement psychiatrique (psychothérapie) devrait pouvoir améliorer la capacité de travail et la situation devrait être revue dans un délai de 3 à 12 mois.
11. Par décision du 10 septembre 2003, l'OCAI a rejeté la demande de mesure d'ordre professionnel.
12. Par décisions du 15 octobre et du 4 novembre 2003, l'OCAI a alloué à l'assurée une rente d'invalidité entière depuis le 1^{er} décembre 2001.
13. L'OCAI a débuté une procédure de révision de la rente de l'assurée le 23 mai 2006.
14. Dans le questionnaire pour la révision de la rente, l'assurée a indiqué le 29 mai 2006 que sa situation s'était aggravée en raison d'une hernie discale.
15. Le 31 juillet 2006, le Dr L_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire avec une probable aggravation à venir. L'assurée souffrait de douleurs quasi permanentes. Une reprise de travail n'était pas possible.
16. Le Dr Q_____, du SMR, a rendu un avis médical le 30 avril 2007 selon lequel la décision initiale d'accorder une rente à l'assurée n'était pas conforme à la jurisprudence déjà en vigueur à cette époque, le trouble somatoforme douloureux

n'étant pas accompagné d'un trouble dépressif sévère. La capacité de travail de l'assurée était donc de 100 % à l'époque et actuellement, son état étant stationnaire.

17. Le 9 mai 2007, l'OCAI, dans l'optique d'une reconsidération de sa décision de rente, a calculé le degré d'invalidité de l'assurée, soit 32,6 % en se fondant sur un revenu sans invalidité d'employée de buanderie aux HUG à 100 % et un revenu d'invalidé selon les ESS 2000, TA1, pour une activité simple et répétitive (niveau 4), avec une déduction de 10 %.
18. Par communication du 9 mai 2007, l'assurée a été informée que son dossier était transmis à la réadaptation professionnelle et le 10 octobre 2007 qu'une évaluation (aptitude à la réadaptation professionnelle) était prévue au CIP, laquelle s'est déroulée du 12 au 25 novembre 2007.
19. Le rapport d'observation du CIP du 30 novembre 2007 conclut à l'incapacité d'être catégorique quant à la possibilité pour l'assurée de réintégrer le monde économique ordinaire.
20. Par projet de décision du 23 septembre 2008, l'OCAI a supprimé la rente d'invalidité de la recourante en l'informant que les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, trouble mixte de la personnalité et trouble somatoforme douloureux persistant n'étaient pas invalidants au sens de la jurisprudence déjà en vigueur en 1999. En conséquence, la décision du 15 octobre 2003 était manifestement erronée. Le degré d'invalidité était de 33 % soit un revenu d'invalidé selon les ESS 2000, TA1, niveau 4, sans déduction et un revenu sans invalidité d'employée de buanderie aux HUG.
21. Le 3 octobre 2008, l'assurée a informé l'OCAI qu'elle estimait que la bonne foi de l'administration devait entraîner le maintien de sa rente. Par ailleurs, son état s'était aggravé en raison d'une hernie discale.
22. Par décision du 29 octobre 2008, l'OCAI a supprimé la rente de l'assurée.
23. Le 10 décembre 2008, l'assurée, représentée par ASSUAS, a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant à son annulation en mentionnant que des pièces émanant des médecins traitants seraient transmises prochainement.
24. Le 9 janvier 2009, l'OCAI a conclu au rejet du recours.
25. Le 16 février et le 30 mars 2009, les parties ont été entendues par devant le Tribunal de céans en audience de comparution personnelle. La recourante a déclaré qu'elle avait souffert du dos en 1999, puis de dépression dès 2000 et d'une hernie discale en janvier 2006 et qu'elle n'avait jamais suivi de traitement psychothérapeutique, hormis quelques mois avec le Dr P_____.

Le 30 mars 2009, le Tribunal de céans a entendu le Dr L_____, lequel a déclaré : "

"Je confirme les diagnostics qui figurent dans le rapport d'expertise du 18 août 2003 établi par le Dr P_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, en précisant que les problèmes lombaires sont les plus sévères actuellement. Ces diagnostics qui se confirment encore à ce jour avec même une aggravation. Mme K_____ prend des anti-inflammatoires et des myorelaxants, ainsi que des injections anti-inflammatoires. Une opération n'a pas été envisagée car ce traitement n'apporterait rien à l'état de santé de Mme K_____. Mme K_____ a été vue par plusieurs spécialistes qui ont confirmé d'une part les diagnostics et d'autre part les traitements. La procédure de traitement est orientée vers le soutien et Mme K_____ a des activités physiques notamment de la natation et de la physiothérapie".

Il a précisé qu'un suivi psychiatrique avait été pratiqué par le Dr P_____. L'état de santé était resté stationnaire et allait probablement vers une aggravation, suite à des investigations de février 2009. Une prise en charge psychiatrique ne serait à son sens pas efficace sur les douleurs. Les examens du 4 mars 2009 avaient permis de définir des atteintes physiques objectivables.

Il a poursuivi : "Je prescris à Mme K_____ un antidépresseurs (citalopram) à la suite notamment du constat de fibromyalgie ou syndrome somatoforme douloureux constaté par la Dresse R_____, rhumatologue. Ce problème de syndrome somatoforme douloureux est un problème annexe, soit un troisième diagnostic. Je précise encore que les douleurs lombaires constituent l'élément essentiel de l'incapacité de travail qui complété avec les troubles somatoformes douloureux atteint un taux d'incapacité de 100 %. En revanche, l'état dépressif de Mme K_____ n'a pas d'influence sur son incapacité de travail. La prescription d'un autre antidépresseur n'apporterait rien de plus à Mme K_____. En ce qui concerne une activité adaptée exigible, je précise que je n'en vois aucune puisque notamment Mme K_____ vient tous les 15 jours pour faire le point de la situation mais souvent entre les rendez-vous de 15 jours Mme K_____ vient encore à mon cabinet en raison de ses douleurs pour des injections dont les applications sont elles-mêmes douloureuses mais qui apportent ensuite un soulagement".

26. Une IRM lombaire du 4 mars 2009 a révélé "Résultat : La jonction dorsolombaire est normale. A la hauteur de L2-L3, il y a une discarthrose avec une importante protrusion du matériel discal. Il s'agit d'une protrusion circonférentielle, très importante antérieurement, faisant postérieurement une empreinte sur la paroi antérieure du sac thécal. Elle déborde latéralement vers la gauche jusque dans le foramen. En L3-L4 et L4-L5, il y a des discopathies protrusives faisant également des empreintes sur la paroi antérieure du sac thécal dues à l'appareil disco-

ligamentaire. En L5-S1, le status est normal. Il n'y a pas de rétrécissement canalaire. Conclusion : Discarthrose L2-L3 et hernie discale sous-ligamentaire à cette hauteur, paramédiane gauche et foraminale correspondante. Double discopathies protrusives simples sous-jacentes L3-L4 et L4-L5".

27. Le 6 avril 2009, le SMR a rendu un avis médical selon lequel l'IRM lombaire du 4 mars 2009 n'était pas claire en indiquant des protrusions discales sans hernie constituée et ensuite une hernie discale sous-ligamentaire. L'assurée n'avait pas suivi de psychothérapie alors même qu'elle avait été exigée par l'expert. Un examen rhumatopsychiatrique au SMR était nécessaire.
28. Le 14 avril 2009, l'OCAI a conclu à la suspension de la procédure aux fins d'un examen de la recourante au SMR.
29. Le 26 mai 2009, l'assurée a conclu à ce qu'il soit préalablement ordonné une expertise judiciaire rhumatopsychiatrique, neutre, et principalement à l'annulation de la décision de l'OCAI en mentionnant qu'elle avait effectué une psychothérapie auprès du Dr P _____, cessée en raison du manque d'efficacité.
30. Le 23 juin 2009, l'OCAI a maintenu sa demande de suspension de la procédure en vue d'un examen de la recourante au SMR.
31. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. a) La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
- b) La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la décision attaquée, qui reconsidère celle du 15 octobre 2003, a été prononcée le 29 octobre 2008. La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

2. a) Le 1^{er} juillet 2006, sont entrées en vigueur les nouvelles dispositions relatives aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptées le 16 décembre 2005. Celles-ci ont eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a alinéa 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 23 septembre 2008, qui a été confirmé par la décision du 29 octobre 2008, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 10 décembre 2008.

c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).
3. L'objet du litige porte sur le bien-fondé de la décision de suppression de la rente d'invalidité de la recourante.
4. 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 raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).
5. a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.».

Selon la lettre f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à

662/3 % continuent d'être versées, après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales, à tous les rentiers qui, à ce moment là, ont atteint l'âge de 50 ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70 % font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a).

6. a) Selon l'art. 17 LPGGA, 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 LPGGA. 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 p. 349, 113 V 273 consid. 1a p. 275; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372 et 387 consid. 1b p. 390). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108).

b) Selon l'art. 53 al. 2 LPGGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une

décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur 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 p. 389 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 8 consid. 2c p. 17, 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste (« zweifellos unrichtig »), de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts 9C_575/2007 du 18 octobre 2007, consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007, consid. 3.2.1).

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

Dans un ATFA non publié du 4 juillet 2003, en la cause I 703/02, le TFA a estimé que l'office de l'assurance-invalidité, en présence d'un seul avis médical émanant du médecin traitant, avait certes procédé à une instruction lacunaire, mais sa décision, basée sur un rapport médical clair, n'apparaissait pas manifestement erronée. Le TFA a notamment relevé : « Comme le seul avis médical au dossier émane du médecin traitant de S., il aurait sans doute été opportun de soumettre le prénommé, au terme de son stage de réadaptation, à un examen médical circonstancié auprès d'un médecin indépendant. L'office de l'assurance-invalidité y a renoncé, sans que l'on puisse toutefois considérer que l'instruction menée était lacunaire à tel point qu'il n'ait pas satisfait à ses obligations légales en la matière (art. 57 LAI et 69 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Or, s'il apparaît ultérieurement, à la suite d'une nouvelle analyse de la situation, que l'appréciation médicale du cas à l'époque était critiquable, cela ne

rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement erronée ».

c) S'agissant en particulier de la problématique des troubles somatoformes douloureux, la jurisprudence les concernant (ATF 130 V 352) ne saurait constituer un motif de reconsidération de la décision de rente (SVR 2008 IV n° 5 p. 12, I 138/07 consid. 4), pas plus qu'elle ne justifie, au titre d'une adaptation à un changement des fondements juridiques, de réduire ou de supprimer des rentes en cours, qui ont été allouées par le passé à des assurés souffrant de troubles somatoformes douloureux (ATF 135 V 215).

7. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine

connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

e) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e

éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

8. a) Le Tribunal fédéral des assurances s'est déjà prononcé dans l'ATF 102 V 165 sur l'effet invalidant d'une atteinte à la santé psychique. Comme il l'a retenu à l'époque, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté pour accomplir son travail dans une mesure suffisante ne sont pas considérées comme déterminantes du point de vue du droit de l'assurance-invalidité. La mesure de ce qui est nécessaire (respectivement exigible) doit cependant être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son atteinte à la santé psychique, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou - comme condition alternative - qu'elle est même insupportable pour la société (ATF 102 V 166 s.).

Au cours d'une évolution débutée dans les années nonante, les troubles somatoformes douloureux ont nettement pris de l'importance. En tant que tel, le diagnostic correspondant - en particulier aussi celui de syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10: F45.4) - ne dit rien encore quant à la capacité de travail de l'assuré (cf. ATF 130 V 396 consid. 6.2.3 p. 402, et les références). La doctrine psychiatrique en Allemagne a toutefois développé des critères pour poser un pronostic. La doctrine a introduit ces critères en droit suisse (Hans-Jakob Mosimann, Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, RSAS 1999 p. 1 ss et 105 ss) et le Tribunal fédéral des assurances les a repris par la suite (arrêt I 554/98 du 19 janvier 2000, dont des extraits ont été publiés dans VSI 2000 p. 152 consid. 2c p. 154 s.). Cette jurisprudence, qui ne constitue pas un revirement de fond quant aux principes posés dans l'ATF 102 V 165, mais une application de ceux-ci au diagnostic de "troubles somatoformes douloureux", a également été reprise par la pratique administrative. Dans la Lettre circulaire AI n° 180 du 27 mai 2003 (n. 1018 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité [CIIAI], valable à partir du 1er juillet 2003), l'OFAS a indiqué que: "les 'douleurs somatoformes', en particulier, n'ont pas de conséquences pour la capacité de travail si elles ne s'accompagnent pas d'une comorbidité psychiatrique; dans ces cas, on peut donc raisonnablement exiger un effort de volonté pour utiliser la capacité de travail. Le plus important est d'apprécier, sur la

base de constatations objectives, si l'incapacité de travail de la personne assurée est totale ou partielle".

Dans l'arrêt ATF 130 V 352 rendu le 12 mars 2004, le Tribunal fédéral des assurances a également repris les "critères de Foerster" (en se référant à Ulrich Meyer-Blaser, Arbeitsunfähigkeit [Art. 6 ATSG], in Schaffhauser/Schlauri [édit.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, 2003, p. 27 ss, 80 ss), mais en a décrit plus précisément la signification et l'application pour l'évaluation du droit à des prestations de l'assurance-invalidité (cf. en particulier ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 p. 354 s.). En particulier, les médecins chargés d'une expertise et les organes d'application du droit ont été invités à examiner la capacité de travail dans chaque cas individuel au regard de critères déterminés, afin de garantir une appréciation de la capacité de travail plus uniforme et, de ce fait, plus conforme au principe de l'égalité de traitement (ATF 135 V 215).

b) Ainsi, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitime sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6).

Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté

(MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret.

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster).

9. a) En l'espèce, il convient tout d'abord d'examiner si la reconsidération par l'intimé de sa décision initiale de rente est fondée. S'agissant du droit applicable, l'arrêt publié aux ATF 130 V 352 du 12 mars 2004 précisant la jurisprudence en matière de trouble somatoforme douloureux et en particulier les critères de Foerster (cf. consid. 8 supra), n'avait pas encore été rendu à la date de la décision de rente, soit le 15 octobre 2003. En revanche, à cette date, le Tribunal fédéral avait déjà publié sa jurisprudence sur l'effet invalidant d'une atteinte à la santé psychique (ATF 102 V 165) ainsi que celle appliquant les principes de cet arrêt au diagnostic de trouble somatoforme douloureux (VSI 2000 p. 152), de même que l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) avait publié la lettre circulaire AI n° 180 du 27 mai 2003 précitée (consid. 8 supra).

En conséquence, c'est cette dernière jurisprudence qu'il convient d'appliquer afin de déterminer si les conditions d'une reconsidération sont en l'espèce données, puisqu'un motif de reconsidération n'entre en ligne de compte que si la décision initiale apparaît manifestement erronée à la lumière des exigences valables à l'époque de son prononcé (cf. ATF du 23 novembre 2007, I 901/06), étant précisé que l'ATF 130 V 352, posant des critères plus restrictifs pour l'évaluation du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux (le Tribunal fédéral a d'ailleurs jugé que l'arrêt de principe du 12 mars 2004 n'a pas fait que reprendre la jurisprudence antérieure - ATF du 23 novembre 2007 précité) n'est pas applicable.

Dans le cas d'espèce, la décision de rente du 15 octobre 2003 a été rendue à la suite d'une instruction médicale menée par l'intimé, lequel a obtenu un rapport médical du médecin-traitant, le Dr L_____, le 14 mai 2002 concluant à une incapacité de travail totale depuis le 4 décembre 2000 et définitive, en raison de problèmes lombaires, avis confirmant celui du Dr N_____, médecin-conseil de l'employeur. Par ailleurs, le Dr M_____, neurochirurgien, avait posé le diagnostic de lombalgies sur trouble statiques avec une composante d'instabilité débutante. Le SMR a posé un diagnostic de trouble somatoforme douloureux le 25 avril 2003 et l'intimé a ordonné une expertise psychiatrique concluant, selon le Dr P_____, le 18 août 2003, à une incapacité de travail totale, tout en précisant que la situation devait être revue dans un délai d'un an, une psychothérapie devant pouvoir améliorer l'état de santé.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans constate que l'intimé a mené une instruction médicale approfondie en requérant les avis médicaux des médecins-traitants, celui du SMR et en ordonnant une expertise psychiatrique. Au demeurant, la décision de rente est fondée sur l'avis médical clair de l'expert psychiatre, lequel, au vu des diagnostics posés, a écarté toute capacité de travail de la recourante. Il y a ainsi lieu de constater que l'intimé n'a pas fait un usage manifestement erroné de son pouvoir d'appréciation en retenant que la recourante souffrait, à l'époque, d'une atteinte à sa santé psychique ayant comme conséquence que la mise à profit de sa capacité de travail ne pouvait pratiquement plus être raisonnablement exigée d'elle (ATF 120 V 165).

Partant, c'est à tort que la décision initiale de rente a été reconsidérée par l'intimé au motif qu'elle était manifestement erronée.

b) Il convient encore d'examiner si le résultat auquel parvient l'intimé, soit la suppression de la rente de la recourante, pourrait être justifié en raison d'un motif de révision (art. 17 LPGA), le juge pouvant procéder par substitution de motifs (ATF 125 V 369). A cet égard, il convient préalablement de mentionner que le droit d'être entendu, tel qu'il est garanti par l'art. 29 al. 2 cst, 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 prévaluée et ne pouvait supputer la pertinence dans le cas particulier (ATF 128 V 272).

En l'espèce, un motif de révision a bien été évoqué par les parties antérieurement dès lors que l'intimé a requis le 14 avril 2009 la suspension de la procédure aux fins d'un examen rhumato-psychiatrique de la recourante au SMR et que celle-ci s'est prononcée sur cette requête dans une écriture du 26 mai 2009. Le droit d'être entendu des parties est ainsi respecté.

Il ressort des avis médicaux au dossier que l'expert psychiatre avait estimé que l'état de santé de la recourante devait être réexaminé dans un délai d'une année, un traitement pouvant améliorer la situation. Un tel suivi a apparemment été pratiqué uniquement pendant quelques mois par l'expert lui-même. Une nouvelle évaluation n'a cependant pas été effectuée dans le délai proposé. Lors de son audition par devant le Tribunal de céans, le Dr L. _____ a considéré que l'état de santé de la recourante était resté stationnaire et allait probablement vers une aggravation, en précisant que les douleurs lombaires constituaient l'élément essentiel de l'incapacité de travail, avec trouble somatoforme douloureux, mais que l'état dépressif n'avait pas d'influence sur celle-ci. Quant à la recourante, elle a fait valoir une aggravation de son état de santé par l'apparition d'une hernie discale en janvier 2006, en produisant une IRM du 4 mars 2009. Il ressort de ce qui précède que l'état de santé de la recourante semble s'être amélioré du point de vue psychiatrique (état dépressif) mais péjoré du point de vue somatique (hernie discale), de telle sorte que c'est avec raison que l'intimé a estimé qu'une instruction complémentaire était nécessaire, afin de déterminer avec certitude la capacité de travail de la recourante. Compte tenu du fait qu'une instruction n'a pas été effectuée du tout par l'intimé, lequel a invoqué à tort un unique motif de reconsidération de sa décision de rente pour supprimer celle-ci (consid. 9a supra), il se justifie d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire par le biais d'une expertise psychiatrique et d'une expertise rhumatologique, confiées à des experts indépendants, ceci pour répondre aux préoccupations de la recourante, et nouvelle décision.

10. a) Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, au sens des considérants.

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

Un émolument de 500 fr. sera ainsi mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

La décision de suppression de la rente étant annulée, le versement de celle-ci devra être repris. Il se justifie d'allouer à la recourante, qui obtient partiellement gain de cause, une indemnité de 1'500 fr., à charge de l'intimé.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 29 octobre 2008.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
6. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 1'500 fr.
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

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

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