

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/818/2007

ATAS/225/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 27 février 2008

En la cause

Madame M _____, domiciliée à THONEX, représentée par
CAP Protection juridique SA

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nathalie BLOCH et Dominique
JECKELMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame M _____, mariée, mère de trois enfants, est au bénéfice d'un CFC de vendeuse en textiles. Elle a travaillé en dernier lieu en qualité d'opératrice de saisie pour le compte de la société X _____ SA, à domicile, à raison de quatre heures par jour.
2. Souffrant d'une tendinite du sus-épineux gauche récidivante, ainsi que de lombosciatalgies récidivantes, l'assurée avait déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) en date du 10 juin 1997.
3. Dans un rapport du 12 août 1997 à l'attention de l'OCAI, le Dr A _____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, relevait que l'assurée présentait des lombosciatalgies récidivantes tendant à devenir chroniques et depuis trois ans, des douleurs récidivantes de l'épaule gauche et des cervicales. En décembre 1996, les douleurs de l'épaule se sont péjorées et l'échographie a montré de signes de tendinopathie du sus-épineux. La symptomatologie douloureuse reprenait dès les mouvements répétitifs. Il a attesté d'une incapacité de travail de 100 % du 6 février au 25 mai 1997, de 50 % du 26 mai au 21 juin 1997 et de 100 % du 2 juin au 31 août 1997. La capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales. Un rapport d'IRM de l'épaule gauche pratiqué le 25 juin 1997 à la clinique des Grangettes concluait quant à lui à une épaule gauche dans les limites normales, en particulier sans signe de tendinopathie ni de rupture du muscle sus-épineux. L'IRM cervicale du 28 juillet 1997 était également dans limites normales, à l'exception d'une ébauche de protrusion discale C6-C7.
4. Le Dr B _____, spécialiste FMH en médecine interne et cardiologie, a diagnostiqué dans son rapport du 3 septembre 1997 les affections suivantes : hernie discale partiellement calcifiée L4-L5, sténose canalaire bilatérale, protrusion circonférentielle L5-S1, associée à une discopathie sévère et à une sténose canalaire bilatérale, périarthrite chronique de l'épaule gauche de type tendinite du sus-épineux, chondropathie post-traumatique et bursite intra-patellaire du genou droit, obésité variqueuse primaire touchant le tronc saphène interne des deux côtés et ses branches, dermo-hypodermite sclérosante symptomatique. Depuis le début de l'année 1997, les douleurs lombaires obligeaient l'assurée à s'étendre plusieurs fois par jour et l'empêchaient de travailler plus d'une heure en position assise. Ce médecin a attesté d'une incapacité de travail de 100 % depuis le 6 février 1997, permanente.
5. Après avoir procédé à une enquête ménagère le 12 mai 1998, l'OCAI, par décision du 16 octobre 1998, a reconnu à l'assurée un degré d'invalidité de 58 % dès le

6 février 1998 et lui a octroyé une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} février 1998, assortie de rentes complémentaires pour son époux et ses trois enfants.

6. Le 21 août 2002, le Dr B_____ écrit à l'OCAI, signalant que depuis la première demande de 1997 sont apparues chez sa patiente une fibromyalgie, une lésion méniscale, une arthrose fémoro-tibiale interne et un kyste poplité interne au niveau du genou droit qui ont nécessité une première intervention au début de l'année et une aggravation des problèmes vertébraux lombaires et la persistante d'une obésité pathologique incontrôlable. Il a joint en annexe de son courrier un rapport d'IRM du genou gauche datée du 9 janvier 2002 concluant à un genou dégénératif débutant avec une chondropathie fémoro-patellaire sévère de grade III à IV, prédominant sur le bord interne avec un œdème sous-chondral sur le condyle et à une chondropathie de grade I à II sur les deux compartiments fémoro-tibiaux, ainsi qu'un rapport d'IRM de genou droit pratiqué le 24 mai 2002 mettant en évidence une longue déchirure oblique inférieure de grade III de la corne postérieure du ménisque interne, une chondropathie fémoro-patellaire de grade IV et une chondropathie fémoro-tibiale bilatérale de grade I à II, sans lésion ligamentaire.
7. Le 20 septembre 2002, l'assurée a rempli le questionnaire pour la révision de la rente, faisant état d'une aggravation de son état de santé. Elle indiquait souffrir de fibromyalgie, d'une arthrose dans les deux genoux, d'une déchirure du ménisque, de migraines avec des vertiges, ainsi que de douleurs lombaires des hanches.
8. Dans son rapport adressé à l'OCAI en date du 20 septembre 2002, le Dr B_____ a posé les diagnostics de fibromyalgie, hernie discale, sténose canalaire bilatérale, protrusion circonférentielle L5-S1 associée à une discopathie sévère, périarthrite chronique de l'épaule gauche de type tendinite du sus-épineux, chondropathie post-traumatique et bursite intra-patellaire du genou droit, dysplasie subluxante des deux hanches et maladie variqueuse primaire touchant le tronc. Selon ce médecin, l'incapacité de travail est de 100 % depuis le 6 février 1997, permanente.
9. Dans son rapport du 17 novembre 2002 adressé à l'OCAI, le Dr A_____ a diagnostiqué une tendinite chronique du sus-épineux gauche, des lombalgies non spécifiques et une obésité. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail car la dernière visite datait du 20 janvier 1998, mais il a indiqué toutefois que la reprise d'une activité professionnelle lui semblait difficile en 1998.
10. A la demande de l'OCAI, le service de rééducation et ergothérapie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) a effectué un bilan d'ergothérapie des activités ménagères de l'assurée. Dans son rapport du 16 février 2004, l'ergothérapeute a conclu que l'assurée a besoin d'aide dans de nombreux actes de la vie quotidienne,

que sa perte de mobilité l'a obligée à diminuer progressivement toutes ses activités de travail et de loisirs. Sa famille participe à toutes les tâches ménagères qu'elle ne peut assumer seule. L'assurée a pris l'habitude de fractionner ses activités dans le temps en fonction de son état de santé et a déjà essayé de modifier son environnement pour faciliter les activités quotidiennes afin de s'adapter progressivement à son manque de mobilité.

11. Par décision du 6 mai 2004, l'OCAI a rejeté la demande de révision de l'assurée visant à l'augmentation de sa rente, au motif que le degré d'invalidité était de "60 %".
12. L'assurée a formé opposition en date du 25 mai 2004, que l'OCAI a rejetée par décision du 7 janvier 2005, confirmant que le degré d'invalidité s'élevait à "57 %".
13. L'assurée a interjeté recours en date du 15 février 2005 auprès du Tribunal de céans.
14. Invité à se déterminer, l'OCAI, par décision du 17 mars 2005, a annulé sa décision sur opposition et sa décision de refus d'augmentation de rente d'invalidité et a prononcé le renvoi de la cause pour reprise d'instruction et nouvelle décision. Sur quoi, l'assurée a retiré son recours et la cause a été rayée du rôle.
15. Questionnée par l'OCAI, l'assurée a répondu en date du 9 juin 2005 que sans atteinte à la santé, en plus de la tenue de son ménage, elle exercerait une activité lucrative, par choix personnel et pour des raisons financières, certainement à plein temps et ce depuis que son troisième enfant aurait été scolarisé, c'est-à-dire vers 1991. Elle n'aurait pas attendu 1998 pour reprendre une activité à plein temps.
16. L'OCAI a mandaté le SMR Suisse romande pour un examen rhumatologique. L'assurée a été examinée le 27 juillet 2005 par le Dr C_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie. Dans son rapport du 25 août 2005, ce médecin a diagnostiqué les affections suivantes avec répercussions sur la capacité de travail : des lombo-sciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis, des séquelles de maladie de Scheuermann, une hernie discale L4-L5 gauche, un syndrome rotulien bilatéral dans le cadre d'une gonarthrose bilatérale avec status après ménisectomies internes des deux côtés et une périarthrite scapulo-humérale gauche. En revanche, les autres diagnostics, à savoir le syndrome douloureux de type fibromyalgie et l'obésité morbide, n'ont pas d'influence sur la capacité de travail de l'assurée. Concernant les limitations fonctionnelles, l'assurée doit alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, elle doit éviter de soulever régulièrement des charges excédant 5 kg, de porter régulièrement des charges d'un poids excédant 12 kg ainsi que le

travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. En outre, un travail impliquant des genuflexions répétées n'est pas recommandé, de même qu'une activité imposant de franchir régulièrement des escabeaux, des échelles, des escaliers ou d'effectuer des marches supérieures à 15 minutes. Concernant le membre supérieur gauche, l'assurée ne doit pas procéder à des élévations ou adductions du membre supérieur gauche à plus de 85°, ni effectuer une activité imposant le déploiement de force répétitive avec ce membre, ni soulever régulièrement des charges d'un poids excédant 5 kg. Le Dr C_____ rappelle que l'assurée est droitère. Sur la base des observations rhumatologiques faites lors de l'examen du 27 juillet 2005, le Dr C_____ parvient à la conclusion que la capacité de travail est totale dans l'activité habituelle d'opératrice de saisie à domicile. Dans une autre activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles ostéo-articulaires, la capacité de travail est également complète.

17. Par décision du 21 septembre 2005, l'OCAI a supprimé la demi-rente d'invalidité de l'assurée, avec effet dès le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision, considérant que sa capacité de travail était entière dans l'activité habituelle d'opératrice de saisie à domicile.
18. Par l'intermédiaire de la CAP Compagnie d'assurance de protection juridique SA, l'assurée a formé opposition en date du 14 octobre 2005. Elle a contesté la suppression de sa rente, alléguant que son état de santé s'était aggravé.
19. Dans le cadre de l'instruction, l'OCAI a mandaté le SMR Suisse romande pour un examen psychiatrique. Dans son rapport du 19 avril 2006, le Dr D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a relevé que sur le plan psychiatrique, la patiente ne présentait aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, qui est totale.
20. A la demande de la CAP, la Clinique CORELA a effectué une expertise multidisciplinaire. L'assurée a été examinée par le Dr H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et par la Dresse F_____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation et spécialiste FMH en rhumatologie. Dans le rapport d'expertise du 27 avril 2006, les médecins ont retenu comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail des dorso-lombalgies bilatérales non déficitaires à prédominance gauche sur troubles statiques et importants troubles dégénératifs dorso-lombaires, des discopathies L4-L5, L5-S1, un canal lombaire étroit niveau L4-L5, L5-S1, des gonalgies bilatérales sur gonarthrose bicompartimentale, un status post-ménisectomie interne des deux côtés, une périarthrite scapulo-humérale gauche, une obésité morbide et un syndrome douloureux des membres inférieurs sur status variqueux. Ils ont relevé que la symptomatologie rachidienne s'était aggravée anamnestiquement depuis 1998, car se sont progressivement ajoutées des dorsalgies médio-basses. De même, les

gonalgies bilatérales sont anamnestiquement devenues peu à peu très invalidantes. De surcroît, en 1998, un syndrome fibromyalgique a été mis en évidence et l'obésité s'est encore aggravée. Sur le plan ostéoarticulaire, sans tenir compte de l'obésité, une capacité de travail de 100 % comme opératrice de saisie est possible, avec une diminution de rendement de 15 % en raison des changements de position. Dans une autre activité, l'assurée doit respecter les limitations suivantes : pas de travail les bras levés au-dessus de l'horizontale, pas de port de charges itératives de plus de 5 kg, pas de torsion du buste ni de mouvements d'antéflexion/redressements répétés, pas de marche de plus de 30 m., ni de montée ou descente d'escaliers répétitives, ni d'agenouillement. Les médecins relèvent encore qu'il est difficile de nier l'obésité morbide existante dont on ne peut mesurer l'impact exact sur de réels problèmes organiques ostéo-articulaires existants. La seule mesure qui pourrait avoir un effet bénéfique sur la capacité de travail dans une activité professionnelle et sur les activités ménagères serait une réduction drastique du poids. En l'état actuel, il n'y a pas d'activité adaptée à l'état de santé de l'assurée. Invités par la recourante à se prononcer sur l'expertise rhumatologique effectuée le 27 juillet 2005, les médecins relèvent qu'elle est complète sur le plan de l'anamnèse, du status clinique et de l'interprétation des examens radiologiques. Toutefois, les médecins de la clinique CORELA ne parviennent pas aux mêmes conclusions que l'expert du SMR. Selon eux, au vu des plaintes exprimées par la patiente, objectivées par l'examen clinique et l'iconographie radiologique, l'incapacité de travail actuelle de l'assurée est totale. Les médecins précisent qu'entre l'expertise réalisée le 27 juillet 2005 et la leur, il n'y a pas d'éléments ou d'arguments en faveur d'une péjoration. En revanche, il y a une aggravation clinique et radiologique depuis 1998, objectivée par les IRM effectuées en 2002.

21. L'assurée a communiqué à l'OCAI deux certificats établis les 17 juillet 2006 et 24 août 2006 par les Dr G_____, spécialiste FMH en médecine interne, affections rhumatismales, et B_____, aux termes desquels ces derniers "ne pensent pas que l'amaigrissement puisse améliorer sa capacité de travail à l'avenir, et ceci de façon définitive".
22. Le 13 novembre 2006, l'assurée a encore déposé un rapport d'examen IRM du genou droit effectué le 3 novembre 2006, dont les conclusions font état d'une gonarthrose fémoro-tibiale interne avec pincement articulaire et d'une chondropathie rotulienne de grade III à IV.
23. Dans un avis signé le 23 novembre 2006, les Drs C_____ et H_____, du SMR, relèvent que leur examen clinique est superposable à celui réalisé par la clinique CORELA. Les médecins de la clinique précitée n'ont cependant pas précisé combien de temps l'assurée peut rester assise sans se lever pendant l'entretien et n'ont pas recherché la présence de signes de non organicité, nombreux pourtant. De même, les experts n'ont pas mis en évidence une fibromyalgie. Enfin,

l'appréciation des médecins de la clinique CORELA, abstraction faite de l'obésité, des répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail est assez proche de la leur, à savoir que l'assurée présente une capacité de travail complète dans une activité professionnelle adaptée comme opératrice de saisie à domicile. La différence de 15 % s'explique sans doute par le fait que les médecins de la clinique CORELA n'ont pas tenu compte du fait que, dans l'activité à domicile, l'assurée a tout loisir de changer de position. Les médecins du SMR ne tiennent en revanche pas compte de l'obésité morbide, qui est primaire; ils s'étonnent par ailleurs du contenu des certificats des Drs G_____ et B_____ et considèrent qu'un amaigrissement contribuerait certainement à une diminution de la surcharge rachidienne et articulaire ainsi qu'à une nette amélioration des douleurs. Le SMR conclut en ce sens que les limitations fonctionnelles énoncées sont tout à fait respectées par l'activité professionnelle habituelle d'opératrice de saisie à domicile.

24. Par décision du 30 janvier 2007, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée et retiré l'effet suspensif du recours. Il a considéré que tant les conditions d'une révision que celles d'une reconsidération étaient remplies, dès lors que l'assurée devait se voir reconnaître désormais le statut de personne active et que la décision initiale de rente du 16 octobre 1998 était incomplète. Or, en procédure de révision, l'instruction a permis de retenir que l'assurée pouvait exercer une activité lucrative à hauteur de 100 %, sous réserve d'une baisse de rendement liée à l'alternance des positions.
25. L'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, interjette recours le 1^{er} mars 2007. Elle fait valoir qu'il existe des motifs de révision, dès lors que son état de santé s'est aggravé. Elle soutient que l'examen effectué par le Dr C_____ a omis d'évoquer le syndrome lombaire aigu et récidivant de type algique, la discopathie L5-S1 et les troubles circulatoires veineux. La recourante se réfère aux conclusions des Drs B_____, H_____ et F_____, qui tous l'estiment incapable de travailler. S'agissant enfin de l'obésité, elle explique que lorsqu'elle avait perdu 40 kilos dans le passé, sa symptomatologie ne s'était pas pour autant améliorée, raison pour laquelle les Drs B_____ et G_____ estiment qu'un amaigrissement n'améliorerait pas sa capacité de travail qui doit être considérée comme nulle, tant dans son ancienne activité que dans une activité adaptée. Elle conclut à l'ouverture d'enquêtes, à la mise sur pied d'une expertise et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.
26. Dans sa réponse du 18 mai 2007, l'OCAI se réfère à l'avis du SMR, rappelant au surplus que le diagnostic de tendinopathie a été dûment pris en considération lors de l'examen clinique rhumatologique du 27 juillet 2005 et conclut au rejet du recours.
27. Par réplique du 26 juin 2007, la recourante fait valoir que l'avis du Dr C_____ diverge totalement de celui des autres médecins qui tous l'estiment incapable de

travailler. Au surplus, l'activité d'opératrice de saisie qu'elle exerçait auparavant n'existe plus aujourd'hui, cette tâche ayant été informatisée. Elle conclut préalablement à la mise en œuvre d'une expertise afin de déterminer les répercussions de l'aggravation de son atteinte à la santé sur sa capacité de travail et, sur le fond, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

28. Dans ses écritures du 20 août 2007, l'OCAI, après avoir requis l'avis du SMR, conclut au rejet du recours. Le Dr C _____ a expliqué que la frappe habituelle des secrétaires et la manipulation de dossiers ne mettent pas à contribution la coiffe des rotateurs de l'épaule, notamment le muscle sus-épineux, l'assurée étant au surplus droitère. Quant à l'obésité, elle ne saurait être prise en compte, dès lors qu'elle est primaire.
29. Ces écritures ont été communiquées à la recourante laquelle, par courrier du 5 septembre 2007, a persisté dans ses conclusions.
30. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} 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). En l'espèce, bien qu'une partie des faits à la base de la décision litigieuse se sont produits avant le 1^{er} janvier 2003, l'essentiel des faits ayant motivé la décision de l'intimé se sont déroulés après l'entrée en vigueur de la LPGA. Quoi qu'il en soit, les dispositions de la LPGA en matière de révision ne font que reprendre les anciennes règles prévues à l'art. 41 LAI, de sorte que les

principes jurisprudentiels développés dans ce domaine sous le régime de l'ancien droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 demeurent applicables (ATF 130 V 349 consid. 3.5). 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).

3. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).
4. L'objet du litige consiste à déterminer si l'intimé était fondé, dans le cadre de la révision sollicitée par la recourante, à supprimer la demi-rente d'invalidité.
5. a) Aux termes de l'art. 17 al. 1 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. 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).

Il n'y a toutefois pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 2; ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier : Urs MÜLLER, *Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevison in der Invalidenversicherung*, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf RUEDI, *Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen*, in : SCHAFFHAUSER/SCHLAURI [Hrsg], *Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung*, Saint-Gall, 1999, p. 15).

Une révision peut en revanche se justifier lorsqu'un autre mode d'évaluation de l'invalidité est applicable. Le Tribunal fédéral des assurances a en effet maintes fois jugé que la méthode d'évaluation de l'invalidité valable à un moment donné ne saurait préjuger le futur statut juridique de l'assuré, mais qu'il pouvait arriver que dans un cas d'espèce le critère de l'incapacité de gain (art. 28 al. 2 aLAI; 16 LPGA) succède à celui de l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels (art. 5 al. 1 aLAI, 8 al. 3 et 16 LPGA) ou inversement (ATF 119 V 478 consid. 1b/aa, 113 V 275 consid. 1a et les références). Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il convient d'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 [art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références).

b) Depuis le 1er janvier 2003, la reconsidération et la révision procédurale sont réglées explicitement à l'art. 53 al. 1 et 2 LPGA, codifiant la jurisprudence antérieure à son entrée en vigueur: l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée sur laquelle aucune autorité judiciaire ne s'est prononcée, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zürich 2003, ch. 18 ad art. 53). En outre, par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision formellement passée en force lorsque sont découverts des faits nouveaux importants ou de nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits avant, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 127 V 469 consid. 2c et les références, 130 V 349 s. consid. 3.5; SVR 2004 ALV n° 14 p. 43 sv. consid. 3).

Selon la jurisprudence, une décision est sans nul doute erronée lorsqu'elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes ou que les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière erronée. En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 401 consid. 2b/bb et les références). 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 (SVR 2006 UV n° 17 p. 60 [U 378/05] consid. 5.3 et les arrêts cités; arrêt B. du 19 décembre 2002, I 222/02 consid. 3.2). Cette exigence permet d'éviter que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre 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. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit. Par ailleurs, on ne saurait supprimer ou diminuer une rente par voie de reconsidération si, depuis son octroi manifestement inexact, des modifications de l'état de fait (au sens de l'art. 41 LAI) justifient de retenir un taux d'invalidité suffisant pour que la prestation en question soit maintenue (même arrêt, consid. 5.1).

6. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268).

Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références).

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).

Il y a lieu de rappeler que le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal. Cette jurisprudence s'applique aussi bien lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office AI (ATF 125 V 351; ATFA du 29 octobre 2003, I 321/03 consid. 3.1).

7. En l'espèce, la recourante a déposé une demande de révision invoquant une aggravation de son état de santé.

Il convient dès lors de comparer la situation de la recourante telle qu'elle se présentait au moment de la décision initiale d'octroi de la rente, le 16 octobre 1998, avec celle existant au moment de la décision sur opposition litigieuse, le 30 janvier 2007.

En 1997, le Dr A_____ a diagnostiqué des lombosciatalgies ainsi que des douleurs aux cervicales et à l'épaule gauche, aggravées depuis décembre 1996, récidivantes, tendant à devenir chroniques depuis trois ans. Il a attesté de plusieurs incapacités de travail depuis le début de l'année 1997, dont la dernière était de 100 % du 2 juin au 31 août 1997. Quant au Dr B_____, il indiquait que les divers diagnostics mis en évidence, notamment une hernie discale partiellement calcifiée L4-L5, sténose canalair bilatérale, protrusion circonférentielle L5-S1, associée à une discopathie sévère et une périarthrite chronique de l'épaule gauche de type tendinite du sus-épineux, entraînaient une incapacité de travail de 100 % depuis le 6 février 1997, permanente.

En 2002, le Dr B_____ a confirmé ses diagnostics précédents ainsi que l'incapacité de travail totale et indiqué que la recourante présentait en outre une

fibromyalgie et une gonarthrose bilatérale. Le Dr A_____ a également confirmé ses précédents diagnostics, sans se prononcer sur la capacité de travail dès lors qu'il n'avait plus revu la patiente depuis le 20 janvier 1998, tout en précisant que la reprise d'une activité professionnelle lui semblait difficile en 1998.

Lors de l'examen rhumatologique du 27 juillet 2005, le Dr C_____ retient pour l'essentiel les mêmes diagnostics que ses confrères, auxquels s'ajoutent ceux de gonarthrose bilatérale. Il considère en revanche que la capacité de travail est totale, tant dans l'activité habituelle que dans une activité respectant les limitations ostéo-articulaires. Il souligne que l'obésité morbide contribue certainement à péjorer l'état des genoux, mais qu'elle n'est pas une pathologie prise en compte par l'assurance-invalidité. L'examen psychiatrique n'a pas, selon le Dr D_____, mis en évidence une quelconque pathologie psychiatrique.

Quant aux médecins de la Clinique CORELA mandatée pour expertise multidisciplinaire par la recourante, ils relèvent dans leur rapport du 7 février 2006, qu'il y a une aggravation clinique et radiologique IRM depuis 1998, objectivée par les IRM effectuées en 2002. Pour les mêmes diagnostics, ils estiment toutefois qu'actuellement, l'incapacité de travail de l'assurée est de 100 % dans toute activité, y compris dans l'ancienne activité d'opératrice de saisie à domicile, car elle ne peut soutenir un certain rendement ni les positions assises prolongées à cause de ses problèmes ostéo-articulaires ainsi qu'à l'obésité très importante qui rend toute position prolongée quasi impossible. Ils précisent que sur le plan purement ostéo-articulaire, en niant l'obésité, on pourrait admettre une activité sédentaire comme opératrice de saisie à 100 % avec diminution de rendement de l'ordre de 15 % motivée par la nécessité de changements de position et de pauses fréquentes. Les médecins ajoutent qu'il est cependant difficile de nier l'obésité morbide existante, dont on ne peut mesurer l'impact exact sur de réels problèmes organiques ostéo-articulaires existants. Compte tenu des nombreuses limitations fonctionnelles, ils considèrent qu'il n'y a pas d'activité adaptée à l'état de santé de la recourante.

En premier lieu, compte tenu de l'aggravation clinique et radiologique objectivée par les IRM, c'est à juste titre que l'intimé est entré en matière sur la demande de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Un autre motif de révision réside aussi dans le fait qu'il y a lieu désormais de reconnaître à la recourante le statut de personne active à temps complet.

Force est cependant de constater que les avis des médecins divergent quant aux conséquences qu'entraînent les atteintes à la santé de la recourante - et notamment l'obésité morbide avec un BMI de 54 - sur sa capacité de travail. Certes, l'obésité n'est en soi pas invalidante, mais ce qui est déterminant c'est de savoir si elle a des répercussions sur la capacité de travail et le cas échéant, dans quelle mesure. Or, pour l'intimé, il ne convient pas tenir compte de l'obésité, alors que selon les autres

médecins, elle entraîne une incapacité de travail totale, même dans une activité adaptée.

S'agissant de la valeur probante des rapports médicaux, le Tribunal de céans ne saurait privilégier le rapport d'examen du SMR par rapport à celui de la clinique CORELA; en effet, l'un comme l'autre sont fondés sur une anamnèse et des examens complets, ils prennent en compte les plaintes de la recourante et leurs conclusions sont motivées. Dans l'appréciation du cas, et plus particulièrement de la capacité de travail, ils parviennent cependant à des conclusions diamétralement opposées, selon que l'obésité est retenue comme invalidante ou non.

Dans ces circonstances, il incombait à l'intimé de mettre en oeuvre une expertise, afin déterminer exactement quelle est la capacité de travail de la recourante, au regard de toutes ses atteintes à la santé. La cause lui sera en conséquence renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

8. Le Tribunal de céans relève enfin que quelle que soit l'issue de l'instruction complémentaire, l'intimé n'était pas en droit de supprimer la demi-rente d'invalidité revenant à la recourante, par voie de reconsidération. En effet, il appert que la décision de 1998 a été prise sur la base principalement du rapport du Dr B_____ qui considérait que l'incapacité de travail était totale, et celui du Dr A_____ qui attestait plusieurs incapacités totales de travail et précisait qu'une reprise de travail lui semblait difficile. Or, l'on ne peut conclure, au vu des pièces collectées par l'intimé lors de l'instruction de la demande et dont il s'est satisfait, que la décision d'octroi d'une demi-rente d'invalidité était manifestement erronée (cf. ATFA du 4 juillet 2003 I 703/02).
9. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis. L'intimé versera à la recourante la somme de 1'500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 89H al. 3 LPA). En outre, un émolument de 500 fr. est mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule les décisions des 21 septembre 2005 et 30 janvier 2007.
4. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'OCAI à payer à la recourante la somme de 1'500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'OCAI.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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