

# **GE\_GERICHTE ATAS/1081/2011 vom 16. November 2011**

GE Cour de justice, 2011-11-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1081\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1081_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1081/2011 du 16 novembre 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1081/2011 del 16 novembre 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, 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 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; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). Il y a lieu de rappeler à cet égard que les définitions de l'incapacité de travail, de l'incapacité de gain, de l'invalidité, de la méthode de comparaison des revenus et de la révision (de la rente d'invalidité et d'autres prestations durables) contenues dans la LPGA correspondent aux notions précédentes dans l'assurance-invalidité telles que développées par la jurisprudence (ATF 130 V 343). En l'espèce, la décision litigieuse datant du 26 novembre 2010 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA et des modifications de la LAI relatives à la 4ème et à la 5ème révisions, entrées en vigueur respectivement en date des 1er janvier 2004 et 1er janvier 2008. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné en fonction des nouvelles normes de la LPGA et

A/100/2011 - 14/24 - des modifications de la LAI consécutives à la 4ème et la 5ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). En ce qui concerne les règles de procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

### **E. 3**

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours dans le délai de 30 jours suivant leur notification (art. 56 al. 1 et 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, la décision litigieuse a été reçue par la recourante en date du 2 décembre 2010. Le délai de recours a commencé à courir le 3 décembre 2010 et est

parvenu à échéance le lundi 17 janvier 2011. En effet, selon l'art. 38 al. 4 LPGA applicable par analogie (cf. art. 60 al. 2 LPGA), les délais ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement. Le recours, déposé le 14 janvier 2011, a dès lors été interjeté en temps utile. Déposé par ailleurs en la forme requise, le recours est ainsi recevable (art. 89B loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10).

#### **E. 4**

Le litige consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a supprimé la rente d'invalidité de la recourante dès le 1er février 2011, singulièrement si l'état de santé de cette dernière s'est amélioré depuis la décision du 9 janvier 2004.

#### **E. 5**

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 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 al. 1er LPGA). Selon le texte de la loi en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, l'invalidité est réputée survenue, selon l'art. 4 al. 2 LAI, dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé de l'assuré ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b). S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où il prend naissance,

A/100/2011 - 15/24 - conformément à l'art. 29 al. 1er LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le premier jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 aLAI ; ATF 126 V 5 consid. 2b et les références). Avec l'entrée en vigueur depuis le 1er janvier 2008 de la nouvelle LAI, l'invalidité est réputée survenue, selon l'art. 4 al. 2 LAI, dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. À teneur de l'art. 29 LAI, le droit à une rente d'invalidité prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1er LPGA, mais pas avant le mois qui suit son dix-huitième anniversaire. b) Selon l'art. 28 al. 1er 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 ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Selon l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur

depuis le 1er janvier 2008, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Il y a interruption notable de l'incapacité de travail lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (art. 29ter du Règlement sur l'assurance- invalidité du 17 janvier 1961 - RAI ; RS 831.201). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

## **E. 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

A/100/2011 - 16/24 - 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 AI, 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; Stéphane 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 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

## **E. 7**

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). S'agissant plus particulièrement de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Le but de l'expertise pluridisciplinaire est quant à lui d'obtenir une collaboration entre différents praticiens et d'éviter les contradictions que pourraient entraîner des examens trop spécialisés, menés indépendamment les uns des autres. En effet, il convient de s'attacher à la discussion globale menée par les experts plutôt qu'aux rapports forcément sectoriels et limités des différents spécialistes consultés en cours

A/100/2011 - 17/24 - d'expertise (ATFA non publiés du 13 mars 2006 [I 16/05] et du 4 juillet 2005 [I 228/04]). Selon la jurisprudence, le juge ne doit, en principe, pas s'écarter sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale, 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. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci ne remplit pas les conditions nécessaires à lui reconnaître toute valeur probante (elle contient des contradictions ou est incomplète). 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 118 V 290 consid. 1b; ATF 112 V 32 et les références).

## **E. 8**

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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Selon la jurisprudence, 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 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Pour juger si un tel changement s'est produit, il faut comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de rente initiale avec les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 369 consid. 2; ATF 109 V 262 consid. 4a). C'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5). On ajoutera également que le motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4 et du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2).

A/100/2011 - 18/24 - Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Selon l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

#### **E. 9**

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).

#### **E. 10**

En l'espèce, l'intimé a supprimé la rente d'invalidité de la recourante dès le 1er février 2011, considérant qu'elle pouvait actuellement exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, son état de santé s'étant amélioré depuis la décision du 9 janvier 2004. La recourante allègue pour sa part continuer à présenter une incapacité de travail entière et durable dans toute activité.

#### **E. 11**

Pour ce faire, il convient de comparer les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision de rente initiale avec ceux prévalant lors de la décision litigieuse. Lors de sa décision initiale d'octroi de rente du 9 janvier 2004, l'intimé s'est notamment fondé sur l'avis médical de la Dresse N\_\_\_\_\_ du 21 mai 2003, aux termes duquel l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis février 2003, excluant toute reprise d'activité professionnelle. En effet, après l'opération du mois d'octobre 2002, l'évolution avait été favorable au niveau du pied droit mais, suite à la rééducation à la marche avec les cannes, des douleurs aux deux épaules étaient apparues quatre mois auparavant, ainsi qu'une décompensation de l'arthrose sous- astragalienne sur le pied gauche. L'intimé s'est également fondé sur l'appréciation établie le 19 août 2003 par le Dr P\_\_\_\_\_ du SMR, selon laquelle il convenait d'admettre une incapacité de travail totale avec révision dans dix mois en raison d'une aggravation au niveau du pied gauche et d'une tendinopathie des deux

A/100/2011 - 19/24 - épaules liée à l'utilisation d'une canne, rendant pour l'instant inenvisageable toute activité manuelle. La Cour de céans souligne que ces appréciations concordantes ne sont pas manifestement mal fondées. Les parties ne l'allèguent du reste pas.

#### **E. 12**

Dans le cadre de l'actuelle procédure de révision, les Drs R\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_ du SMR ont estimé suite à leur examen du 23 août 2006 que la recourante présentait une capacité de travail exigible totale dans une activité adaptée. Admettant la grande difficulté de dater rétrospectivement le début de cette période d'exigibilité, ils l'ont néanmoins fixé au début de l'année 2003, soit environ trois mois après l'opération du pied droit. Dans son avis médical du 2 octobre 2006, le Dr T\_\_\_\_\_ du SMR a considéré que l'état de santé de l'assurée s'était effectivement amélioré au début de l'année 2003, permettant dès cette date une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Les experts du BREM ont réalisé une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique le 9 août 2010 à la demande de l'intimé. Au terme de leur analyse, ils sont parvenus à la conclusion claire que la capacité de travail de la recourante était nulle depuis l'accident du 10 novembre 2000 dans son activité professionnelle habituelle de nettoyeuse. Par contre, dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, la capacité de travail exigible était entière dès le début de l'année 2003, en raison d'une amélioration au niveau du pied droit avec disparition de la tendinopathie péronière, amélioration de la torsion externe et récupération de la marche sans les cannes. Le SMR, se basant sur cette appréciation pour rendre son avis médical du 14 septembre 2010, est parvenu aux mêmes conclusions. La Cour relève que lors de leur expertise, les experts du BREM ont procédé à un examen complet et minutieux de l'état de santé de la recourante. Pour ce faire, ils se sont appuyés sur l'entier du dossier, notamment sur les rapports des médecins ayant examiné la patiente auparavant, de sorte qu'on ne peut que constater que leur rapport se base sur un dossier bien étayé. Une anamnèse complète a été réalisée et le rapport de 58 pages est circonstancié. L'état de santé de la recourante a fait l'objet d'examen approfondis, ses plaintes ont été prises en compte et les médecins ont procédé à une discussion et une appréciation du cas détaillée.

### **E. 13**

Au vu de ce qui précède, la Cour de céans retient une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de nettoyeuse dès l'accident, mais par la suite entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. L'état de santé de la recourante s'est par conséquent amélioré. C'est toutefois à tort que les experts du BREM et les médecins du SMR font remonter une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée au début de l'année 2003 déjà. Au contraire, selon les appréciations convaincantes des Drs N\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ des 21 mai 2003 et 19

A/100/2011 - 20/24 - août 2003, la recourante ne disposait pas à cette époque d'une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée et ni les experts du BREM, ni les médecins du SMR n'expliquent aujourd'hui de façon convaincante pourquoi ils s'écartent des avis des médecins ayant examiné la recourante à l'époque. S'agissant des experts du BREM, la Cour relève d'ailleurs qu'ils semblent avoir été influencés sur ce point par les avis médicaux du SMR établis en 2006. En tout état de cause, fixer plus de sept ans auparavant la date du début de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée sans tenir compte des rapports médicaux convaincants de l'époque n'est pas admissible. Les différents médecins s'accordent d'ailleurs pour reconnaître la grande difficulté d'une telle fixation rétrospective, qui ne saurait être retenue en l'espèce. En définitive, la Cour de céans considère qu'en tous les cas en date du 9 août 2010, date du rapport des experts du BREM, la recourante présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, en raison de l'amélioration de son état de santé, ce qui constitue un motif de révision. Pour le surplus, les

rapports médicaux établis par les Drs E \_\_\_\_\_ et F \_\_\_\_\_ ainsi que leurs déclarations faites en audience ne sont pas de nature à remettre en cause cette appréciation de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. A ce propos, il convient de rappeler que 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. Il convient donc à ce stade de calculer le degré d'invalidité de la recourante à compter du 9 août 2010.

#### **E. 14**

En vertu de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu sans invalidité se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce revenu 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

A/100/2011 - 21/24 - avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF non publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/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 (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

#### **E. 15**

Est déterminante en l'occurrence pour la comparaison des revenus et le calcul du degré d'invalidité l'année 2010, soit le moment à partir duquel la recourante présente une capacité de travail résiduelle entière dans une activité adaptée. Les revenus avec et sans invalidité doivent donc être déterminés par rapport à cette même année. En ce qui concerne tout d'abord le revenu sans invalidité de la recourante, il résulte des pièces du dossier qu'elle aurait perçu en 2002 un revenu annuel total de 42'000 fr., correspondant à son revenu de

nettoyeuse au sein de X\_\_\_\_\_. Après indexation à l'évolution des salaires (cf. Statistique de l'évolution des salaires/ Indice suisse des salaires, OFS, tableau T39, p. 25), le revenu sans invalidité s'élève à 46'883 fr. pour l'année 2010 ( $42'000 \div 2047 \times 2285$ ). C'est donc à tort que l'intimé a retenu un revenu sans invalidité de 47'744 fr. Pour déterminer ensuite le revenu d'invalidité de la recourante, il convient en l'absence d'un revenu effectivement réalisé de se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb p. 76). Il convient de préciser que la recourante n'a pas de qualification particulière et a uniquement exercé l'activité de nettoyeuse depuis son arrivée en Suisse. Compte tenu de l'activité de substitution que pourrait exercer l'assurée dans une activité légère et adaptée, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4)

A/100/2011 - 22/24 - dans le secteur privé, soit en 2008, 4'116 fr. par mois ou 49'392 fr. annuellement (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, p. 11, TA1). Après indexation à l'évolution des salaires (cf. Statistique de l'évolution des salaires/ Indice suisse des salaires, OFS, tableau T39, p. 25), ce montant doit être porté à 50'861 fr. pour l'année 2010 ( $49'392 \div 2219 \times 2285$ ). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 (41,6 heures; la Vie économique, 10-2011, p. 98, B 9.2), ce montant s'élève à 52'895 fr. Conformément à la jurisprudence, il convient encore d'appliquer un facteur de réduction sur le salaire statistique qui tient compte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (ATF 126 V 75 consid. 5 p. 78). Pour tenir compte notamment de l'âge de la recourante et du fait que seule une activité légère serait possible vu les limitations fonctionnelles, l'intimé a procédé à une réduction supplémentaire de 15%, laquelle paraît tout à fait appropriée (ATFA non publiés du 29 novembre 2006, I 848/05 consid. 5.3.3 et du 4 juin 2004, I 617/03 consid. 5.2). Le revenu avec invalidité de la recourante s'élève donc en définitive à 44'960 fr. 75. Il résulte de ce qui précède qu'à compter du 9 août 2010, date du rapport des experts du BREM à partir de laquelle la recourante dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, sa perte de gain s'élève à 1'922 fr. 25, ce qui correspond à un degré d'invalidité de 4%, ne permettant plus le maintien de la rente d'invalidité. Lorsque l'intimé a rendu sa décision litigieuse en date du 26 novembre 2010, la recourante présentait dès lors depuis plus de trois mois un degré d'invalidité insuffisant au maintien de sa rente d'invalidité (art. 88a al. 1 RAI). En vertu de l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, c'est donc à juste titre que l'intimé a supprimé la rente d'invalidité de la recourante dès le 1er février 2011, soit dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision litigieuse intervenue le 2 décembre 2010.

## **E. 16**

La Cour souligne encore que dans la décision litigieuse, l'intimé ne s'est pas prononcé sur le droit éventuel de la recourante à des mesures d'ordre professionnel, se contentant de mentionner qu'elle pouvait actuellement exercer une activité lucrative à temps complet sur le marché du travail ne nécessitant pas de formation complémentaire. Or, la recourante demande à titre subsidiaire des mesures d'ordre professionnel et est totalement absente du marché du travail depuis le mois de novembre 2000, la seule activité dans laquelle elle a de l'expérience, à savoir l'activité de nettoyeuse, n'étant plus exigible. Ainsi, en raison de la période non négligeable de désintégration professionnelle et de l'impossibilité pour l'assurée

de faire appel à son expérience passée, les chances qu'elle a de réintégrer par ses propres moyens le marché du travail semblent particulièrement aléatoires. Il appartiendra donc à l'intimé, cas échéant, de prendre les mesures nécessaires de réintégration dans le circuit économique et d'examiner si des mesures

A/100/2011 - 23/24 - professionnelles entrent en ligne de compte (ATF non publié du 31 janvier 2011, 9C\_368/2010). Le fait que l'intimé ait déclaré lors de l'audience du 25 mai 2011 qu'il ne voyait pas ce qui pourrait être mis en place pour la recourante compte tenu de son attitude subjective n'y change rien.

**E. 17**

Compte tenu de tout ce qui précède, le recours doit être rejeté dans le sens des considérants.

**E. 18**

En vertu de l'art. 69 al. 1bis LAI, entré en vigueur le 1er juillet 2006, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant la Cour de céans est soumise à des frais de justice, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de 200 fr.

A/100/2011 - 24/24 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.