

# **GE\_GERICHTE ATAS/952/2012 vom 6. August 2012**

GE Cour de justice, 2012-08-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_952\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_952_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/952/2012 du 6 août 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/952/2012 del 6 agosto 2012

## **Regeste**

Résumé: Dans le cadre de la révision d'une rente, la constatation d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré n'entraîne pas nécessairement une augmentation de la rente. Il faut encore que cette modification ait des répercussions négatives sur la capacité de gain par rapport aux circonstances prévalant au moment de l'ouverture du droit à la rente. Si tel n'est pas le cas en l'espèce, force est toutefois de constater que l'activité adaptée que la recourante peut exercer s'est modifiée dès lors que de nouvelles atteintes à la santé se sont ajoutées à celles déjà présentes, de sorte que le champ d'activités adaptées possibles est plus restreint en raison de ces limitations fonctionnelles supplémentaires. Vu cette restriction, il se justifie de calculer à nouveau le taux d'invalidité.

## **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**

En l'espèce, l'objet du litige porte sur le bien-fondé de la suppression du quart de rente d'invalidité de la recourante prononcé par décision du 9 novembre 2011, de sorte que sont applicables les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 et celles du 6 octobre 2006 (5ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2008. En revanche, les modifications de la LAI du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2012 ne sont pas applicables au cas d'espèce, en égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230).

### **E. 3**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

### **E. 4**

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché

du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

A/4261/2011 - 17/35 -

### **E. 5**

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

### **E. 6**

a) On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1, ATF 127 V 10 consid. 4b). b) L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 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). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la

A/4261/2011 - 18/35 - diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au

sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

Une révision peut 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, art. 8 al. 3 et 16 LPGA) ou inversement (ATF 113 V 273 consid. 1a). 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 y a lieu 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 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (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,

A/4261/2011 - 19/35 - si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, ATF 117 V 194 consid. 3b et les références).

Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (ATFA non publié I 806/04 du 15 mars 2005, consid. 2.2.). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable. En vertu de l'art. 88bis RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (al. 1 let. a), si la révision a lieu d'office, dès le

mois pour lequel celle-ci avait été prévue (al. 1 let. b).

c) En vertu de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 368 consid. 2 et les arrêts cités). Le droit d'être entendu, tel qu'il est garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse, du 18 avril 1999 (Cst. ; RS 101), comprend notamment le droit pour les parties de participer à la procédure et d'influer sur le processus conduisant à la prise de décision. Il a pour corollaire que l'autorité, avant de rendre une décision touchant la situation juridique d'une partie, doit en informer cette dernière et lui donner l'occasion de s'exprimer préalablement sur le sujet (ATF 126 V 130 consid. 2b). Il s'agit d'une concrétisation du droit à une procédure équitable, consacré par l'art. 29 al. 1 Cst., qui correspond à la garantie similaire que l'art. 6 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH; RS 0.101) confère à l'égard des autorités judiciaires proprement dites. Le Tribunal fédéral a précisé que le droit d'être entendu doit notamment être reconnu et respecté lorsque le juge envisage de fonder sa décision sur une norme ou un motif juridique non évoqué dans la procédure antérieure et dont aucune des parties en présence ne s'est prévaluée et ne

A/4261/2011 - 20/35 - pouvait supputer la pertinence dans le cas particulier (ATF 128 V 272 consid. 5b/bb 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, ATF 115 V 308 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée (ATF non publié 9C\_187/2007 du 30 avril 2008 consid. 4.3). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 5.2). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence - à l'époque - de preuves de faits essentiels (ATF non publié 9C\_76/2010 du 24 août 2011 consid. 4.2). Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (ATF non publiés 9C\_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2, U 5/07 du 9 janvier 2008 consid. 5.2, 9C\_575/2007 du 18 octobre

2007 consid. 2.2, I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 399 consid. 2b/bb). Ce principe doit toutefois être relativisé quand le motif de reconsidération réside dans les conditions matérielles du droit à la prestation, dont la fixation nécessite certaines démarches et éléments d'appréciation (évaluations, appréciations de preuves, questions en rapport avec ce qui peut être raisonnablement exigé de l'assuré). De jurisprudence constante, une appréciation médicale différente ultérieure ne suffit pas pour faire apparaître comme manifestement erronée une décision initiale (ATFA non publié I 512/05 du 3 mai 2006 consid. 4.2). 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

A/4261/2011 - 21/35 - au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3; ATF non publié 9C\_74/2008 du 17 juillet 2008 consid. 2). 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 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 ». 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).

## **E. 7**

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

c) 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. Ainsi, en principe, lorsqu'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 351 consid. 3b/bb).

d) Le juge ne s'écarte 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 351 consid. 3b/aa et les références).

e) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces

A/4261/2011 - 23/35 - avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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 351 consid. 3b/ee).

f) Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

g) 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. cc).

h) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

## **E. 8**

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la

A/4261/2011 - 24/35 - santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (ATFA non publié I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF non publié 9C\_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4).

## **E. 9**

a) 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a).

b) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas

A/4261/2011 - 25/35 - (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

c) 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 ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). 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).

## **E. 10**

a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1, 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

b) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). 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 avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être

A/4261/2011 - 26/35 - reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATFA non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2).

c) Quant au revenu d'invalidité, 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'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (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). Toutefois, dans certains domaines d'activités dans lesquels les postes à temps partiel sont répandus et répondent à un besoin de la part des employeurs, comme celui d'employée de bureau, le critère du taux d'occupation n'a guère d'importance (ATF du 30 avril 2012 9C 751/2011). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393, consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C\_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5).

A/4261/2011 - 27/35 -

En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (ATF non publié 9C\_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 4).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (ATF non publié 9C\_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

d) Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATFA non publiés I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003, consid. 5.2).

A/4261/2011 - 28/35 -

e) Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

## **E. 11**

a) En l'espèce, le 11 janvier 2001 l'intimé a octroyé un quart de rente d'invalidité à la recourante en se basant sur les avis médicaux au dossier, soit ceux de la consultation commune de la douleur et des soins palliatifs des HUG des 16 octobre, 20 novembre 1995

et 11 mars 1996 posant un diagnostic de douleurs neurogènes chroniques du pied gauche sur probable syndrome du canal tarsien, celui de la division de rhumatologie des HUG du 1er février 1996 posant le diagnostic de fibromyalgie en raison de la présence de douleurs dans toutes les articulations et tous les muscles, ceux du Dr B \_\_\_\_\_ des 5 janvier et 9 septembre 1996 attestant d'une fibromyalgie primaire et de douleurs chroniques du pied gauche sur probable syndrome du canal tarsien entraînant une capacité de travail limitée de 50 % dans une activité adaptée, avec une éventuelle capacité de 100 % sous réserve que la fibromyalgie ne s'aggrave pas, ainsi que celui du Dr C \_\_\_\_\_ retenant une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée essentiellement assise tout en relevant que l'activité debout prolongée n'était plus possible en raison de l'atteinte de la cheville et du mollet gauches et non pas de la fibromyalgie. Dans le cadre d'une procédure de révision les Drs F \_\_\_\_\_ et G \_\_\_\_\_ du SMR ont examiné la recourante le 21 décembre 2005 et ont conclu que les diverses atteintes à la santé ostéoarticulaires objectives présentées par celle-ci pouvaient aisément rendre compte du tableau douloureux chronique persistant de sorte qu'un diagnostic de fibromyalgie ne pouvait plus être posé, qu'il y avait eu une aggravation objective de la situation depuis novembre 1996, en particulier depuis 2003 comme relevé par le Dr B \_\_\_\_\_, qu'il avait été reconnu à l'assurée une capacité de travail limitée à 50 %, sur la base d'un diagnostic de fibromyalgie, alors présent, décision qui ne pouvait pas être considérée comme inappropriée, qu'il appartenait à l'administration d'apprécier si les atteintes à la santé retenues actuellement étaient à considérer comme l'aggravation de ce qui était interprété précédemment comme une fibromyalgie en raison du changement de paradigme juridique (ce qui imposerait une modification de l'exigibilité à laquelle l'expertise concluait) ou pas, qu'il n'y avait pas de diagnostic psychiatrique, qu'enfin une activité adaptée était exigible à 100 % depuis 2003. A la suite de l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 15 septembre 2008, l'intimé a procédé à une expertise rhumatologique menée par la Dresse K \_\_\_\_\_ du BREM. Celle-ci a conclu le 23 février 2009 à une situation au plan de la médecine générale, au plan des organes internes et au plan ostéoarticulaire, musculaire et neurologique stationnaire par rapport à l'examen

A/4261/2011 - 29/35 - SMR de 2005 ainsi qu'à la présence des mêmes limitations fonctionnelles que celles établies en 2005 (expertise BREM A.5). Les experts F \_\_\_\_\_ et K \_\_\_\_\_ ont ainsi attesté d'une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis 1996. A cet égard, la question peut se poser de savoir si la disparition du diagnostic de fibromyalgie posé par la division de rhumatologie des HUG le 1er février 1996 et nié ensuite par les expertises du SMR et du BREM correspondrait néanmoins à une amélioration de l'état de santé de la recourante. Or, les experts F \_\_\_\_\_ et K \_\_\_\_\_ ont indiqué qu'il existait des lésions ostéoarticulaires dégénératives indéniables à foyers multiples qui expliquaient l'état douloureux persistant, lequel faisait toujours l'objet des plaintes de la recourante qui annonçait des douleurs ostéoarticulaires généralisées diurnes et nocturnes (expertise SMR 2006 p. 7) ou encore des douleurs à l'épaule et au bras droits, à la nuque, au genou gauche, au médiotarse, dans la région du sacrum et des crêtes iliaques (expertise BREM A.1.3). En particulier, la Dresse K \_\_\_\_\_ a qualifié les douleurs multiples de la recourante, survenues au moment où celle-ci cumulait une activité professionnelle et ménagère, à des troubles musculo- squelettiques par surmenage, entité proche des douleurs d'insertion de la fibromyalgie (expertise BREM A.5). On constate ainsi que les multiples douleurs dont se plaignait la recourante justifiant un diagnostic de fibromyalgie ont ensuite été qualifiées différemment par les experts F \_\_\_\_\_ et K \_\_\_\_\_, lesquels ont reconnu l'existence d'un substrat organique expliquant les

plaintes et une aggravation des douleurs depuis 1996, en particulier depuis 2003, de sorte que la modification des diagnostics posés ne correspond pas à une amélioration de l'état de santé de la recourante. b) Au vu de ce qui précède, la Cour de céans constate que depuis la décision de rente, de 2001 - motivée par une limitation de la capacité de travail de la recourante à 50 % en raison principalement d'une atteinte au mollet et à la cheville gauches mais aussi d'un état douloureux plus général, qualifié à l'époque de fibromyalgie - les expertises effectuées en 2005 par le SMR et en 2009 par le BREM ont toutes deux attesté d'une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis 1996, en particulier depuis 2003, de sorte que la révision de la décision de rente précitée dans le sens d'une suppression de celle-ci ne saurait se fonder sur une amélioration de l'état de santé de la recourante qui aurait pu entraîner une appréciation à la hausse de sa capacité de travail, ou encore sur une modification de la jurisprudence en matière de fibromyalgie (cf. ATF 135 V 215 précité). c) En réalité, l'intimé a procédé à une reconsidération de sa décision de rente initiale en appréciant différemment, par le biais des expertises du SMR et du BREM

A/4261/2011 - 30/35 - précitées, la situation médicale de la recourante évaluée à l'époque par le Dr C\_\_\_\_\_ sur la base de l'avis du médecin-traitant et des HUG. Or, cette évaluation-ci, certes fondée sur une instruction sommaire, ne saurait être qualifiée de manifestement erronée, d'une part car l'expert du SMR lui-même considère qu'elle était à l'époque justifiée - en indiquant que la capacité de travail arrêtée à 50 % dans une activité adaptée n'était pas une décision inappropriée - suivi par la Dresse I\_\_\_\_\_ du SMR dans son avis du 25 avril 2008, laquelle relève que la rente ne pouvait être supprimée par une évaluation différente d'un même état de fait, ainsi que par l'intimé qui estime que l'avis médical fixant une capacité de travail de 50 % était correct (cf. procès-verbal de l'audience du 30 janvier 2012) - et, d'autre part, car le cas d'espèce peut être rapproché de celui jugé par le Tribunal fédéral (ATF du 4 juillet 2003 précité) dans lequel l'intimé avait effectué une instruction lacunaire, en se basant sur un seul avis médical du médecin-traitant et au sujet duquel le Tribunal fédéral avait néanmoins considéré que la décision de l'intimé n'était pas manifestement erronée dès lors que l'avis médical en question était clair, ce d'autant plus qu'en l'espèce, la décision de rente se fonde non seulement sur l'avis du médecin-traitant, le Dr B\_\_\_\_\_, confirmé par le Dr C\_\_\_\_\_, mais aussi sur les avis des HUG. Il convient encore de se demander si la capacité de travail arrêtée en 2001 était bien de 50 % dès lors que l'avis du Dr C\_\_\_\_\_ mentionnait que la capacité de travail était au départ de 50 % dans une activité assise et qu'il fallait la revoir à un an (avis du 1er décembre 1997) et que le Dr B\_\_\_\_\_ avait également indiqué que la capacité de travail était au moins de 50 % au début, et peut-être totale, sous réserve que la fibromyalgie ne s'aggrave pas (avis du 9 septembre 1996). A cet égard, il a été constaté par les experts du SMR et du BREM que la recourante a présenté une aggravation de son état de santé objective depuis novembre 1996 et en particulier depuis 2003, de sorte que selon les experts, la fixation en 2001 de la capacité de travail à 50 % était parfaitement justifiée et documentée. Une capacité de travail à 100 % a été mentionnée par les médecins, d'une part, uniquement sous réserve que l'état de santé ne s'aggrave pas (la fibromyalgie selon le Dr B\_\_\_\_\_), ce qui a cependant été le cas vu l'aggravation de l'état douloureux et, d'autre part, uniquement dans le cadre d'une nouvelle appréciation, soit une révision à un an (selon le Dr C\_\_\_\_\_), laquelle n'a pas eu lieu, de sorte qu'il convient d'admettre que la capacité de travail arrêtée en 2001 était clairement de 50 %. En conséquence, il y a lieu de constater que la décision de rente était fondée en 2001 sur une capacité de travail de la recourante de 50 % dans une activité adaptée et ne saurait être reconsidérée au motif qu'elle serait manifestement erronée.

A/4261/2011 - 31/35 - d) Au vu de ce qui précède, la Cour de céans constate qu'il n'y a ni matière à révision, ni matière à reconsidération de la décision de rente de 2001, dans le sens d'une suppression de la rente d'invalidité, l'état de santé de la recourante ne s'étant pas amélioré. A cet égard, l'absence de diagnostic psychiatrique, constaté par le SMR en 2005 ne correspond pas à une amélioration de l'état de santé de la recourante depuis 2001, puisque la décision de rente n'était pas fondée sur un motif psychiatrique et que la réaction anxio-dépressive dont fait état le SMR a débuté postérieurement à la décision de rente, soit en avril 2003. e) Reste encore à examiner si l'aggravation de l'état de santé de la recourante par la survenance d'une nouvelle hernie discale, attestée par une IRM de décembre 2009, soit antérieurement à la décision litigieuse, justifie une révision de la décision de rente dans le sens d'une augmentation de celle-ci. A cet égard, le Dr B\_\_\_\_\_ a attesté dans son avis du 1er septembre 2011 que le status demeurerait inchangé de même que la capacité de travail de 50 % dans l'activité actuelle de conciergerie ou dans un poste adapté aux limitations fonctionnelles, fait relevé par le SMR le 3 janvier 2012. Dans un avis subséquent du 22 mars 2012, rendu à la demande de la Cour de céans, le Dr B\_\_\_\_\_ a mentionné une aggravation de l'état de santé depuis 2009, avec aggravation des lombalgies, tout en confirmant derechef une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, même s'il relève que la capacité de travail effective est de 40 % depuis dix ans. Quant au SMR, la Dresse I\_\_\_\_\_ a estimé que la hernie discale révélée par l'IRM du 3 décembre 2009 était possiblement déjà présente lors de l'expertise du SMR de 2005, et le Dr O\_\_\_\_\_ a relevé qu'il y avait possiblement aggravation de l'état de santé postérieurement à 2009 en raison de lombosciatalgies mais que sans description de l'activité professionnelle, on ne pouvait savoir si les limitations fonctionnelles étaient respectées. Il y a ainsi lieu de constater que le SMR admet une aggravation possible de l'état de santé en raison de lombosciatalgies. Quant à la recourante, elle estime qu'une expertise bidisciplinaire rhumatologique et orthopédique se justifie compte tenu des multiples atteintes dont elle souffre et afin de déterminer la survenance des différents troubles et leur implication dans les limitations fonctionnelles. Toutefois, aucun avis médical au dossier ne met en doute la capacité de travail résiduelle de la recourante, fixée à 50 % dans une activité adaptée depuis 2001, dans le sens d'une réduction du taux de celle-ci, ce d'autant que le propre médecin-traitant de la recourante, le Dr B\_\_\_\_\_ a confirmé récemment cette capacité résiduelle de travail, en tenant compte, d'une part, de l'aggravation radiologique attestée par l'IRM du 3 décembre 2009 et par le rapport du Dr M\_\_\_\_\_ du 7 décembre 2009 et, d'autre part, de l'aggravation des lombalgies.

A/4261/2011 - 32/35 - Le Tribunal fédéral a jugé que la constatation d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré n'entraîne pas nécessairement une augmentation de la rente. Il faut encore que cette modification ait des répercussions négatives sur la capacité de gain par rapport aux circonstances prévalant au moment de l'ouverture du droit à la rente (ATF du 14 mai 2008 8C 880/2008). Or, aucun avis médical au dossier ne permet de mettre en doute, à ce jour, une capacité de travail de la recourante de 50 % dans une activité adaptée. Une expertise judiciaire sur cette question n'est ainsi pas justifiée. En effet, compte tenu des avis médicaux au dossier et en particulier de l'avis du SMR et des rapports des médecins-traitants, on peut retenir une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis 1996, en particulier depuis 2003 puis depuis 2009 par l'apparition de lombosciatalgies, lesquelles ne permettent toutefois pas de remettre en cause la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. En revanche, force est de constater que l'activité adaptée que la recourante peut exercer à 50 % s'est modifiée dès lors que de nouvelles atteintes à la santé

se sont ajoutées à celles déjà présentes en 2001, en particulier les lombalgies nécessitant le port d'un corset lombaire et un traitement médicamenteux, les cervicalgies, les douleurs aux genoux et à l'épaule droite (rapport des Drs M\_\_\_\_\_ du 7 décembre 2009 et B\_\_\_\_\_ du 22 mars 2012), de sorte que le champ d'activités adaptées possibles est plus restreint en raison de ces limitations fonctionnelles supplémentaires (nécessité d'alterner les positions, pas de port de charges de plus de 5-6 kg, pas de mouvements répétitifs de flexion/rotation, limitation des mouvements de l'épaule droite et épargne du rachis). Vu la restriction des activités adaptées possibles, à tout le moins depuis décembre 2009, date à laquelle des discopathies étagées et une hernie discale entraînant des sciatalgies L5 droite partielle et une nécessité d'épargne lombaire (rapport Dr M\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_ précités) sont apparues, il se justifie de calculer à nouveau le taux d'invalidité de la recourante en prenant en compte l'année 2010, année de référence pertinente (art. 88a RAI).

## E. 12

a) Le revenu sans invalidité a été fixé par l'intimé en référence à l'année 2006 à 44'748 fr. sur la base de l'ESS TA7 niveau 4, ligne 37 en l'absence d'activité depuis de nombreuses années. Ce mode de faire n'a pas été contesté par la recourante. Il peut dès lors être confirmé. Le revenu sans invalidité devant être évalué en 2010, il convient de se fonder sur l'ESS 2010 Tableau TA7, ligne 37, niveau 4 femme, qui prévoit un salaire mensuel de 3'921 fr., soit annuel de 47'052 fr. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail hebdomadaire de 40 heures dans les entreprises, soit une durée inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010, (41,6 heures - La Vie économique 3 - 2012 - Tableau B 9.2), ce montant doit être porté à 48'934 fr.

A/4261/2011 - 33/35 - b) S'agissant du revenu d'invalidé, celui effectivement réalisé par la recourante est de : - 14'534 fr. en 2009 (soit 10'530 auprès de la régie Z\_\_\_\_\_, 1'804 fr. auprès de XA\_\_\_\_\_ et 2'200 fr. auprès de Mme U\_\_\_\_\_). - 21'858 fr. en 2010 (soit 14'714 fr. auprès de la régie Z\_\_\_\_\_ et 7'144 fr. auprès de XA\_\_\_\_\_ SA). - 24'899 fr. 40 en 2011 (auprès de la régie Z\_\_\_\_\_). - 10'291 fr. 30 de janvier à mai 2012 (auprès de la régie Z\_\_\_\_\_). L'activité de nettoyeuse pour XA\_\_\_\_\_ ne peut cependant être prise en compte au titre d'activité adaptée dès lors qu'elle a été abandonnée en 2010. Il en est de même de l'activité de concierge dès lors qu'elle correspond à un taux de travail inférieur à celui exigible (40 % au lieu de 50 %) et à une activité dont il est douteux qu'elle soit adaptée compte tenu des importantes limitations fonctionnelles de la recourante et du fait que certaines tâches de la conciergerie sont systématiquement déléguées par la recourante à d'autres personnes. Il n'est cependant pas nécessaire d'instruire cette question, dès lors que le revenu d'invalidé peut être calculé sur la base d'une activité issue du salaire statistique. Le revenu d'invalidé doit ainsi se fonder sur le salaire statistique (ESS 2010) soit le Tableau TA1, total femme, niveau 4, correspondant à celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, soit un salaire mensuel de 4'225 fr. et annuel de 50'700 fr. Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services on doit en effet convenir que certaines d'entre elles sont légères et adaptées aux nombreux handicaps de la recourante. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail hebdomadaire de 40 heures, soit une durée inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010, (41,6 heures selon La Vie économique 3-2012, Tableau B 9.2 p. 94), ce montant doit être porté à 52'728 fr., soit pour un taux de travail de 50 % de 26'364

fr. Compte tenu des limitations fonctionnelles importantes subies par la recourante (au niveau du pied et de la cheville gauches, des cervicales, des genoux, de l'épaule droite et du dos, l'obligeant à travailler avec un corset), et du taux de travail partiel seul possible, une déduction globale de 15 % doit être appliquée au lieu de 10 % admis par l'intimé, de sorte que le revenu d'invalidé est finalement de 22'409 fr. A cet égard, il se justifie de s'écarter de la déduction globale de 10 % admise par l'intimé, laquelle n'a pas assez tenu compte des limitations fonctionnelles importantes de la recourante ni du fait que seul un travail à 50 % est possible, puisqu'elle se fondait sur une activité exigible de 100 %, dans des domaines A/4261/2011 - 34/35 - d'activité pour lesquels le temps partiel ne saurait être un avantage (ATF du 30 avril 2012 précité). Enfin, il est à constater que le revenu effectivement réalisé par la recourante en 2010 soit 21'858 fr. est inférieur au revenu d'invalidé théoriquement retenu de 22'409 fr. c) Le taux d'invalidité est ainsi de :  $48'934 - 22'409 = 54 \%$  48'934 Ce taux ouvre le droit à une demi-rente d'invalidité. Selon l'art. 88bis al. 1 let. b RAI, l'augmentation de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet, au plus tôt si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel on l'avait prévue. En l'espèce, l'intimé a débuté une procédure de révision d'office le 20 novembre 2003, laquelle a abouti à la décision litigieuse du 9 novembre 2011, étant rappelé qu'une première décision du 30 avril 2008 avait été annulée par l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 15 septembre 2008 et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En l'état la recourante a donc droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er mars 2010, soit trois mois après le début de l'aggravation de son état de santé admise dès le 1er décembre 2009, impliquant une restriction des activités possibles (art. 88a RAI) et aboutissant à un nouveau calcul de son taux d'invalidité. Enfin, l'objet du litige est limité à la date de la décision litigieuse soit au 9 novembre 2011. Il incombera en conséquence à l'intimé de vérifier pour la période postérieure, soit notamment en 2011 et pour les années suivantes, si la rente doit être diminuée en application, d'une part, de l'art. 31 LAI selon lequel si un assuré ayant droit à une rente perçoit un nouveau revenu ou que son revenu existant augmente, sa rente n'est révisée conformément à l'art. 17, al. 1 LPGA que si l'amélioration du revenu dépasse 1500 francs par an et, d'autre part, de l'art. 86ter selon lequel la révision ne tiendra compte que de la part de l'amélioration du revenu qui n'est pas liée au renchérissement.

### **E. 13**

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse réformée en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1er mars 2010. Une indemnité de 2'500 fr. sera allouée à la recourante à charge de l'intimé. Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI) et au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 200 fr.

A/4261/2011 - 35/35 - 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.