

GE_GERICHTE A/3256/2011 vom 7. Mai 2012

GE Cour de justice, 2012-05-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3256_2011

FR: GE_GERICHTE A/3256/2011 du 7 mai 2012

IT: GE_GERICHTE A/3256/2011 del 7 maggio 2012

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Madame L_____, domiciliée à Genève recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Mme L_____ (ci-après : l'assurée), née en 1967, originaire d'Espagne, mariée en 1987, divorcée en 2001, mère de deux enfants nés en 1985 et 1990, est entrée en Suisse en 1981 et est titulaire d'une autorisation d'établissement C. L'assurée a travaillé pour X_____ (Suisse) SA en décembre 1988 et janvier 1989, pour la Société Y_____ SA d'avril à juillet 1992 et de mars à août 1992 ainsi que pour Z_____ (caissière) de septembre 1992 à août 1993; elle a bénéficié d'indemnités de chômage de janvier 1994 à avril 1995; elle a travaillé pour l'Etat de Genève d'août 1995 à février 1996 (employée à l'EMS XA_____); elle a bénéficié d'indemnités de chômage en mars 1996 puis a travaillé dans une maison de retraite d'avril à août 1996; elle a bénéficié à nouveau d'indemnités de chômage de 1996 à mars 1997 et en juillet-août 1997 puis travaillé à 100 % pour la Fondation accueil personnes âgées du 15 décembre 1997 au 30 avril 2000 comme employée de maison polyvalente pour la résidence XA_____. La résidence XA_____ a attesté le 19 septembre 2000 des incapacités de travail suivantes : 100 % du 11 au 18 janvier 1999. 100 % du 9 février au 31 mai 1999. 50 % du 31 mai au 23 juin 1999. 100 % du 24 juin au 20 août 1999. 50 % du 20 août au 5 octobre 1999. 100 % dès le 6 octobre 1999. L'assurée a été en incapacité totale de travailler depuis janvier 1999 en raison d'une hernie discale L5-S1 gauche et d'un canal lombaire étroit, selon rapport médical du 20 juin 2000 du Dr A_____, du Service médical de la Jonction, lequel a indiqué qu'elle avait tenté une reprise de travail à 50 % dès le 1 er juin 1999 mais que les lombalgies avaient récidivé et qu'elle avait été victime d'une entorse de la cheville droite, que du 21 août au 5 octobre 1999 elle avait travaillé à 50 % puis qu'elle avait à nouveau présenté, dès le 6 octobre 1999, une incapacité de travail. Le 25 mai 2000, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une hernie discale existant depuis le 11 janvier 1999. Le 25 janvier 2001, le Dr A_____ a attesté d'un état de santé stationnaire, avec chronicité des lombosciatalgies gauches et un état dépressif. A la demande de l'OAI, le Dr B_____, FMH rhumatologie, médecine interne médecine physique et réhabilitation, a rendu une expertise le 25 mars 2003 fondée sur deux examens des 3 décembre 2001 et 7 janvier 2002. L'assurée avait été victime d'un blocage lombaire début février 1999, alors qu'elle relevait un pensionnaire gisant au sol. Le 28 avril 1999, un cat-scan avait révélé une ébauche de hernie discale L5-S1 et un canal lombaire constitutionnel relativement étroit. L'assurée se plaignait de douleurs lombaires basses à gauche avec irradiation de la face latérale de la cuisse jusqu'au genou gauche, avec dysesthésie de la jambe gauche la nuit. Il a posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux; obésité morbide; trouble statique et dégénératif du rachis lombaire; état anxio-dépressif, claustrophobie et colon irritable. Il y avait une discordance entre l'intensité

des plaintes et les constatations radiologiques qui ne fournissaient pas d'argument pour une compression radiculaire, qui évoquait un trouble somatoforme douloureux. L'incapacité de travail était totale depuis le 1^{er} février 1999 dans une activité d'employée polyvalente dans une résidence pour personnes âgées en raison des limitations fonctionnelles suivantes : pas de stations assise et debout prolongée, pas de port de charge supérieur à 10 kilos, état anxieux-dépressif et diminution de la volition. Elle présentait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée permettant de varier les positions. Son état de santé pouvait s'améliorer par une perte pondérale et la pratique d'exercices de gymnastique. Par décision du 21 octobre 2003, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a refusé la demande de prestations au motif que l'assurée avait refusé de se soumettre à une expertise psychiatrique auprès du Dr C_____, FMH psychiatrie et psychothérapie. L'assurée a contesté cette décision et l'instruction psychiatrique du cas a été reprise. Le 30 janvier 2004, le Dr C_____ a rendu une expertise fondée sur deux entretiens avec l'assurée (23 et 26 janvier 2004). L'assurée avait déclaré un premier état dépressif en 1992, en raison d'un conflit de couple, puis en 1996/1997 (traitée par la prise d'antidépresseurs), puis en 1999. Elle s'était séparée en octobre 2000 et était divorcée depuis avril 2001. L'expert a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen sans syndrome somatique et de syndrome douloureux somatoforme persistant. L'assurée était totalement incapable de travailler depuis septembre 2000 en raison d'une anhédonie, une anormie ainsi qu'une fatigue due en partie à une sévère insomnie et un risque d'aggravation de la symptomatologie algique et des diverses comorbidités somatiques. L'assurée devait prendre régulièrement son antidépresseur et une optimisation du traitement pourrait être pratiquée par un spécialiste. Le 8 mars 2004, le Service Médical Régional (SMR) a estimé que l'assurée présentait une incapacité de travail totale depuis le 1^{er} février 1999. Par décision du 7 janvier 2005, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} février 2000. Le 30 août 2005, l'OAI a débuté une procédure de révision de la rente d'invalidité. Le 17 novembre 2005, l'assurée a indiqué que son état de santé était toujours le même et qu'elle ne travaillait pas. Le 11 janvier 2006, le Dr D_____, FMH médecine générale, a rempli un rapport médical selon lequel l'état de santé s'aggravait (suivi depuis septembre 2003), il a posé les diagnostics de hernie discale L5-S1, lombalgies gauches, dépression nerveuse et, sans incidence sur la capacité de travail, d'hypertension, d'hypertriglycéridémie et d'obésité. L'état de santé s'aggravait. Il suivait l'assurée depuis le 2 septembre 2003. Elle se plaignait de lombalgies chroniques, lombosciatalgies gauches, fourmillement du membre inférieur gauche, tristesse, angoisse, insomnie et fatigue. (Percussion des processus spinaux L4-L5-S1 douloureux, test de Lasègue positif 50 degrés à droite, 40 degrés à gauche). Le 2 février 2006, le Dr E_____, FMH médecine générale, a rempli un rapport médical AI selon lequel l'état de santé était stationnaire (suivi depuis septembre 2005), il a posé le diagnostic de hernie discale L5-S1 gauche non opérée, canal lombaire étroit et, sans répercussion sur la capacité de travail, de cholécystectomie pour lithiase (1996) opérée et colique néphrétique (février 1999). L'état de santé était stationnaire. L'assurée se plaignait de douleurs persistantes au niveau du dos et du membre inférieur gauche, angoisse et tristesse permanentes d'intensité moyenne. La mobilisation de la colonne lombaire était algique dans tous les plans. (Lasègue à gauche 45 degrés, Lasègue inversé droite 60 degrés). Le 22 novembre 2007, les Drs F_____, FMH médecine interne et rhumatologie et G_____, psychiatre FMH, du SMR, ont rendu un rapport suite à un examen clinique de l'assurée le 5 novembre 2007. Ils ont posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de rachialgies diffuses avec surtout

lombosciatalgie gauche dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis (M54); périarthrite scapulo-humérale gauche avec conflit sous-acromial (M75) et aucun diagnostic sur le plan psychiatrique. Sans répercussion sur la capacité de travail : obésité morbide; trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4) et dysthymie à début précoce (F34.1). L'assurée se plaignait essentiellement de lombosciatalgies gauches et aussi de cervicobrachialgies bilatérales, de douleurs des épaules et des genoux. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : "Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2x/h la position assise et la position debout; pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg; pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg; pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Membre supérieur gauche : alors que l'assurée est droitère, pas d'élévation ou d'abduction de l'épaule gauche à plus de 60 degrés; pas de lever de charges avec le membre supérieur gauche de plus de 8 kg". Elle avait présenté un premier épisode dépressif en 1995, d'intensité moyenne avec syndrome somatique et une rechute en 2001-2002, avec répercussion sur la capacité de travail et une amélioration dès janvier 2004, puis une nouvelle rechute en 2005, avec une amélioration après quatre mois, sans répercussion sur la capacité de travail, de sorte qu'on pouvait admettre une amélioration de la santé psychique dès janvier 2004 et la présence d'une dysthymie soit une symptomatologie réactionnelle aux difficultés de santé somatiques. Il n'y avait aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique et la capacité de travail était totale depuis janvier 2004. La capacité de travail était nulle dans l'activité d'employée polyvalente d'un EMS et complète dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, depuis janvier 2004. Le 4 décembre 2007, le Dr J. H_____ du SMR a estimé que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée depuis janvier 2004. L'assurée a suivi un stage d'observation professionnelle aux EPI du 22 septembre au 5 octobre 2008. Le rapport des EPI du 15 octobre 2008 conclut à l'impossibilité actuelle de réintégrer l'assurée dans le monde économique ordinaire, ayant démontré qu'elle n'avait pas la résistance physique suffisante pour envisager de reprendre une activité. L'assurée ne tenait aucune position durablement et la reproduction des gestes n'était pas exploitable même dans une activité simple; elle n'avait pas de résistance physique, ni psychologique. Le 20 janvier 2010, le Dr D_____ a rendu un rapport médical intermédiaire AI dans lequel il a attesté d'un état de santé stationnaire avec lombalgies chroniques, lombosciatalgies gauches, état d'anxiété et insomnie. L'assurée ne pouvait porter des charges de plus de 8 kg, faire des flexions du tronc, rester dans la même position longtemps, rester à l'extérieur dans le froid et l'humidité. Le 29 avril 2010, le Dr I_____ du SMR a estimé une capacité de 100 % dans une activité adaptée en relevant qu'un stage COPAI n'avait pas pu être fait. L'assurée s'est entretenue avec la réadaptation professionnelle le 16 juin 2010, laquelle a conclu le 21 juin 2010 à la prise en charge d'un stage d'observation professionnelle de type COPAI de quatre semaines du 13 septembre au 10 octobre 2010. L'assurée a suivi un stage d'observation professionnelle de type COPAI aux EPI du 13 septembre au 10 octobre 2010. Le rapport des EPI du 2 novembre 2010, a relevé un taux de présence de 95 % et a conclu à une capacité de travail de 60 % (rendement de 80 % sur un temps partiel de 6h/jour) dans des activités légères, manuelles ou tertiaires. Elle devait pouvoir changer de position à sa guise, se déplacer de façon limitée en distance, sans travaux à genoux ou accroupis, sans port de charge de plus de 8 kg, sans position en porte-à-faux, sans gestuelle trop fine ou trop rapide car les mains avaient tendance à enfler. Son rendement en atelier (travaux sériels en position assise) avait été de 60 % sur une durée de 5,5 heures. Dans d'autres activités mieux adaptées, le rendement devrait se situer vers 80 %, après un réentraînement à l'effort.

L'assurée avait les aptitudes lui permettant de suivre une mise au courant pratique en entreprise et d'être en contact avec la clientèle. Les activités possibles étaient celles d'employée dans le parascolaire comme accompagnante, ouvrière dans le contrôle visuel et dimensionnel simple à l'établi, employée dans le conditionnement léger et ouvrière à l'établi pièces légères et non-fines. Le 19 octobre 2010, le Dr J_____ a rendu un avis médical selon lequel l'assurée se plaignait de douleurs multiples dans un contexte de troubles dégénératifs du rachis lombaire, avec hernie discale et sciatalgies, cervicalgies et scapulalgies. Elle avait été opérée il y a environ 8 ans d'un tunnel carpien bilatéral, mais continuait à se plaindre de ses mains. Le traitement actuel était conservateur, symptomatique et décrit comme modérément efficace. La situation paraissait stabilisée et ne devrait plus évoluer. Le stage au COPAI avait montré qu'elle avait une capacité de travail de l'ordre de 60 à 80 %, dans des activités physiquement peu exigeantes, avec la possibilité de changer de positions. Un réentraînement, compte tenu de l'arrêt d'activités de plus de 10 ans, serait sans doute nécessaire avant d'envisager un engagement dans le monde du travail. Le 16 novembre 2010, la Dresse K_____ du SMR a rendu un avis selon lequel la capacité suite au stage COPAI était estimée à 60 % au minimum et pouvait aussi être augmentée suite à un réentraînement à 80 %. Par communication du 6 décembre 2010, l'OAI a pris en charge une mesure ESPACE aux EPI du 10 janvier au 10 avril 2011, selon la proposition du même jour de la réadaptation professionnelle, suite à un entretien avec l'assurée du 30 novembre 2010, afin de permettre une réentraînement progressif au travail après dix ans d'activité et de retrouver une activité adaptée. Le 28 avril 2011, les EPI ont rendu un rapport suite au stage de l'assurée du 10 janvier au 10 avril 2011. Son taux de présence avait été de 46 %, soit 30 jours sur 65 jours, avec un arrêt de travail certifié par le Dr D_____ à 100 % du 18 février au 6 mars 2011, puis à 50 % du 7 au 15 mars 2011 et à 100 % dès le 16 mars 2011, pour une durée indéterminée. Au cours du stage, l'assurée avait constaté que ses douleurs augmentaient, l'activité physique péjorant son état de santé. Le rapport conclut à des activités manuelles très légères et peu complexes seules possibles, avec alternance des positions et pauses régulières possibles. Ses rendements n'avaient pas dépassé un 60 % sur un mi-temps. Le 18 mai 2011, le Dr O_____ du SMR a estimé qu'on pouvait raisonnablement évoquer une baisse de rendement de 20 % sur un 100 % dans une activité adaptée, mais pas une baisse de rendement de 100 %. Le 18 mai 2011, la réadaptation professionnelle a calculé le degré d'invalidité de l'assurée en se fondant sur un revenu avec invalidité de 35'671 fr. (basé sur l'ESS 2008, adapté à 2009 et à 41,6 heures de travail hebdomadaire, - tableau TA1, femme, activité niveau 4 - avec une diminution de rendement de 20 % et une déduction globale de 15 %) et un revenu sans invalidité de 56'533 fr. de sorte que le degré d'invalidité était de 36,9 % (salaire réalisé à l'EMS XA_____ en 1999 - 47'760 fr. 45, indexé à 2009). Par projet de décision du 28 juin 2011, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée en constatant qu'un degré d'invalidité de 37 % ne donnait droit à aucune rente. Le 18 juillet 2011, l'assurée a contesté cette décision en requérant un entretien avec l'OAI. Le 3 septembre 2011, l'assurée a déclaré faire opposition au courrier du 28 juin 2011 en relevant que l'examen bidisciplinaire au SMR datait de plus de quatre ans et n'avait duré qu'une heure, que ses limitations fonctionnelles n'étaient pas celles citées par le SMR et que son état de santé ne lui avait pas permis de terminer le stage ESPACE aux EPI. Par décision du 6 septembre 2011, envoyée par pli simple, l'OAI a supprimé la rente de l'assurée en précisant que celle-ci n'apportait pas d'élément médical nouveau par rapport à l'avis du SMR de 2007 et que ce dernier primait les stages d'observation professionnelle. Le 14 octobre 2011, l'assurée a recouru à l'encontre de la

décision de l'OAI du 6 septembre 2011 auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice en faisant valoir que sa conseillère aux EPI lui avait dit suite à leur évaluation qu'elle n'était pas apte à travailler de sorte qu'elle était stupéfaite de la décision de l'OAI, ce d'autant qu'aucune évaluation médicale n'avait été effectuée depuis 2007. Elle requérait une expertise médicale. Le 31 octobre 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que la rente entière d'invalidité avait été octroyée sur la base d'une capacité de travail nulle dans toute activité en raison d'un trouble dépressif sévère, épisode actuel moyen et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Il n'existait aucun motif de reconsidérer la décision initiale de rente. En revanche, l'état de santé de l'assurée s'était amélioré. Une expertise judiciaire n'était pas nécessaire. Le 16 janvier 2012, la Cour de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. La recourante a déclaré : "J'estime que mon état de santé s'est péjoré, notamment les douleurs au dos qui irradient non seulement dans la jambe gauche, mais également dans la jambe droite. Je ne pense pas que j'ai besoin d'un suivi du point de vue psychique, je parle régulièrement à mon médecin traitant. Je prends des médicaments antidouleurs et des calmants pour les douleurs au dos et le stress, mais je ne prends pas d'antidépresseurs. Je me lève vers 7h30-8h00, je prends mes médicaments et je sors promener mon chien. Ensuite, je me couche un peu, puis je fais à manger à midi pour mes enfants, également le soir. Pendant mon stage, en 2011, je devais démonter des petites pièces. Je pouvais être assise ou debout. Mes douleurs ont augmenté, de telle manière que j'ai dû cesser le stage. J'estime n'avoir aucune capacité de travail. J'avais suggéré moi-même d'essayer un travail de patrouilleuse scolaire. Comme je devais me rendre quatre fois par jour sur place, ce travail était trop astreignant pour mon dos. Je dois très souvent alterner les positions et je ne peux pas rester assise ou debout trop longtemps. Mes enfants m'aident beaucoup dans le ménage, pour les tâches comme l'aspirateur ou faire les courses, ou encore le repassage. Je suis d'accord que mon état de santé psychique s'est amélioré. A l'époque, je me sentais mal car j'avais perdu mon travail en raison de mes douleurs au dos, je restais couchée dans mon lit à pleurer et j'ai dû prendre des antidépresseurs pendant plusieurs années, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui. J'ai néanmoins des séquelles de ma dépression car j'ai des insomnies. J'ai besoin de médicaments pour dormir et je ne dors que trois à quatre heures par nuit. Mes douleurs à l'épaule sont survenues environ une année après celles au dos. En 2003, au moment de l'expertise du Dr B _____, j'avais déjà des douleurs à l'épaule, mais celles-ci se sont aggravées par la suite, notamment par des douleurs à la nuque. Je suis d'ailleurs tombée il y a huit mois, ce qui a aggravé mes douleurs à la nuque et à l'épaule. Je souhaite finalement que ma rente d'invalidité entière soit maintenue. Je suis actuellement suivie par le Dr D _____, le Dr P _____ depuis ma chute dans les escaliers en mars 2011, où je me suis tapé la nuque, l'épaule et le dos, et le Dr Q _____, cardiologue". La représentante de l'intimé a déclaré : "Je propose que le SMR réexamine l'état de santé somatique de la recourante. Vous me dites en effet que lors de l'expertise du Dr B _____, le diagnostic de périarthrite scapulo-humérale n'avait pas encore été posé et qu'il l'a été par le Dr F _____, de sorte qu'il y a apparemment une aggravation de l'état de santé somatique. Je propose également de revoir le dossier du point de vue psychiatrique. Il y a en effet une contradiction entre la première décision de rente, qui se base sur l'expertise du Dr C _____ du 30 janvier 2004, attestant d'une incapacité de travail totale de la recourante, et la décision subséquente de suppression de la rente, qui se base sur l'expertise du Dr G _____ attestant d'une amélioration de l'état de santé de la recourante depuis janvier 2004". Le 16 janvier 2012, le SMR a indiqué que le Dr F _____ avait posé en

2007 un diagnostic de périarthrite scapulohumérale qui ne signifiait pas une péjoration de l'état de santé mais un changement des limitations fonctionnelles, soit une épargne du rachis, comme admis en 2002, et, en plus, une épargne du membre supérieur gauche. Il n'y avait pas d'incohérence entre les deux expertises. Le Dr B _____ avait fixé une capacité de travail d'au moins 50 %, ce qui voulait dire qu'elle pouvait être plus importante; l'examen SMR tenait compte des limitations fonctionnelles du rachis et du bras pour déterminer la capacité de travail adaptée. Il n'y avait pas de contradiction dans les deux examens mais plutôt une appréciation différente. Quant à l'aspect psychiatrique, le Dr G _____ reconnaissait la capacité de travail fixée par le Dr C _____ et attestait seulement d'une amélioration de l'état de santé plus tard, soit postérieurement à janvier 2004. Ainsi, la situation clinique de l'assurée s'était améliorée du point de vue psychiatrique et, malgré un nouveau diagnostic, ne s'était pas détériorée du point de vue somatique. Le 30 janvier 2012, l'intimé a maintenu ses conclusions en se ralliant à l'avis du SMR du 16 janvier 2012. A la demande de la Cour de céans, le Dr D _____ a indiqué le 24 février 2012 qu'il suivait l'assurée depuis 1994, que selon celle-ci les lombalgies chroniques s'étaient aggravées, qu'il rejoignait les conclusions du Dr B _____ mais pas celles du SMR évaluant en 2007 une capacité de travail rétroactive de 100 % dès 2004, ce qui ne lui paraissait pas possible, que de surcroît l'assurée présentait des lombalgies, cervicalgies chroniques, angoisses et insomnies, et qu'il pensait que sa capacité de travail était de "50 % au maximum" comme mentionné par le Dr B _____. A la demande de la Cour de céans, le Dr P _____, du centre médical Vermont - Grand-Pré, a indiqué le 13 mars 2012 que l'assurée avait consulté le service d'urgence le 15 mars 2011 suite à une chute dans une cage d'escaliers un jour avant, se plaignant de douleurs à la nuque, au poignet et au pouce gauches, que l'examen clinique mettait en évidence une douleur généralisée cervico-lombaire, une impotence fonctionnelle ainsi que des douleurs du poignet et du pouce gauches, que les radiographies ne montraient pas de fractures, qu'un diagnostic de contusion cervico-lombaire et entorse du poignet / pouce gauches avait été posé nécessitant des antidouleurs et de la physiothérapie, qu'elle avait régulièrement suivi les consultations de contrôle, que la cervicalgie, les douleurs et l'impotence de la main gauche avaient persisté de sorte qu'un avis avait été demandé au Dr R _____, FMH neurologie, lequel avait conclu à une cervicalgie de tension en rapport avec une contracture musculaire, que seule une amélioration partielle s'était produite, qu'elle avait été suivie par le Dr S _____ de la clinique de la main à Plainpalais pour le traumatisme poignet / pouce gauches, qu'il n'était pas en mesure de se prononcer sur les rapports du Dr B _____ et du SMR, qu'en raison uniquement de la chute l'assurée avait une incapacité de travail jusqu'à fin mars 2012, que l'état actuel de santé de l'assurée correspondait à son état avant l'accident (avec persistance de cervicalgies invalidantes diminuant son aptitude au travail à l'effort soutenu) et que la révision du droit à l'AI de l'assurée avec de tels antécédents de douleurs chroniques multifonctionnelles devait passer par une nouvelle expertise médicale. A la demande de la Cour de céans, l'intimé a donné des renseignements complémentaires. Il se réfère à un avis du SMR du 27 mars 2012 (Drs T _____ et U _____) selon lequel la capacité de travail dans une activité adaptée sur le plan rhumatologique était entière depuis février 1999 et l'incapacité de travail reconnue dans toute activité était d'origine strictement psychiatrique. Malgré un nouveau diagnostic, la situation clinique de l'assuré ne s'était pas détériorée du point de vue somatique et la santé s'était améliorée depuis janvier 2009. L'intimé a expliqué qu'il avait pris en compte comme année de référence pour calculer le taux d'invalidité, la date de fin de la mesure d'ordre professionnel et du versement des indemnités journalières ; en l'espèce

l'année de référence était 2009 car au moment du calcul en 2011 les chiffres 2010 n'étaient pas encore connus. 40. A la demande de la Cour de céans, les EPI ont précisé le 19 avril 2012 les conclusions de leur rapport du 2 novembre 2010 relatif au stage d'observation professionnelle de l'assurée de 2010 en indiquant que la capacité résiduelle de travail de celle-ci correspondait à une activité de 6h. par jour et à un rendement de 80 %, de sorte qu'elle était finalement de 60 %. 41. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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 1^{er} 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la 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 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard du nouveau droit, sous réserve de la 6^{ème} révision de la LAI, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012 (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). 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. Le litige porte sur le bien-fondé de la suppression de la rente d'invalidité de la recourante. 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 1^{er} janvier 2008). 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. 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). 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). 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). 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 1^{er} 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 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). 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 al. 1 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 (let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (let. b). En vertu de l'art. 88bis al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet, au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a), ou rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77. a) 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 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 pouvait supputer la pertinence dans le cas particulier (ATF 128 V 272 consid. 5b/bb et les références). b) 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). c) 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). d) Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3; ATF non publié 9C_74/2008 du 17 juillet 2008 consid. 2). 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 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) 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). g) 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). 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 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). 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 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d). 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). 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 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). 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). 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). 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 LPGA), 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 LPGA, 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). a) En l'espèce, l'intimé a procédé à une révision de sa décision de rente en estimant que l'état de santé de la recourante s'était amélioré, sur la base de l'examen SMR du 22 novembre 2007 effectué par les Drs F _____ et G _____, de sorte que, complété par les stages d'observation professionnelle aux EPI de 2008 et 2010 et d'un stage de réentraînement au travail de 2011, la capacité de travail de l'assurée pouvait être fixée à 80 % dans une activité adaptée et le degré d'invalidité était en conséquence de 36,9 %, n'ouvrant pas droit à prestations. b) Du point de vue psychiatrique, la recourante a reconnu qu'elle ne subissait plus aucune limitation fonctionnelle de sorte que sa capacité de travail n'était, de ce point de vue, plus restreinte. On constate ainsi que depuis l'expertise du Dr C _____ du 30 janvier 2004, l'état de santé psychique de la recourante s'est amélioré. Ce fait est d'ailleurs relevé par le Dr G _____ dans son rapport du 22 novembre 2007, lequel a conclu à l'absence de diagnostic psychiatrique ayant une incidence sur la capacité de travail de l'assurée. Reste que la date fixée par ce médecin à partir de laquelle l'état de santé psychique de la recourante s'est amélioré, soit le 1^{er} janvier 2004, est contradictoire avec l'avis du Dr C _____, puisque celui-ci, après avoir examiné l'assurée les 23 et 26 janvier 2004, avait conclu le 30 janvier 2004 à une incapacité de travail totale en raison des diagnostics psychiatriques posés et constaté que la recourante était encore sous traitement médicamenteux. Ainsi, contrairement à l'avis du SMR du 16 janvier 2012, l'expertise du Dr G _____ est contradictoire avec celle du Dr C _____, à tout le moins quant au moment où l'amélioration de l'état psychique de la recourante s'est produit. Cette question peut cependant rester ouverte dès lors qu'elle n'a pas d'influence sur le sort du litige, l'amélioration de l'état de santé psychique n'étant pas contesté en tous les cas depuis 2011, année pertinente au cours de laquelle la rente de la recourante a été supprimée. En conséquence, d'un point de vue psychiatrique, la recourante présente, à tout le moins depuis 2011, une capacité de travail totale, dans toute activité. c) Du point de vue somatique, le Dr B _____ a rendu, à la demande de l'intimé, une expertise rhumatologique le 25 mars 2003 selon laquelle la recourante présentait un trouble somatoforme douloureux et un trouble statique et dégénératif du rachis lombaire et une incapacité de travail totale depuis le 1^{er} février 1999 dans son activité habituelle d'employée polyvalente dans une résidence pour personnes âgées et une capacité de travail d'au moins 50 % dans une activité adaptée de type industrielle légère permettant de varier les positions. Il mentionne un syndrome de douleur chronique de la région lombaire et du membre inférieur gauche et des limitations fonctionnelles (station assise et debout prolongées et port de charges de plus de 10 kilos), retenues également par le SMR dans son avis du 8 mars 2004. Par la suite, le SMR a effectué un examen bidisciplinaire le 5 novembre 2007 (rapport du 22 novembre 2007) et retenu des diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de rachialgies diffuses avec surtout lombosciatalgies gauches dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis et une périarthrite scapulo-humérale gauche avec conflit sous-acromial entraînant des limitations fonctionnelles (nécessité d'alterner deux fois par heure la position assise et debout, pas de soulèvement régulier de charge de plus de 5 kilos, pas de port régulier de charges de plus de 12 kilos, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas

d'élévation ou d'abduction de l'épaule gauche à plus de 60% ni de lever de charges avec le membre supérieur gauche de plus de 8 kilos) entraînant une incapacité de travail totale comme employée polyvalente d'un EMS et une capacité de travail totale dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles ostéoarticulaires. La Cour de céans constate que l'état de santé ostéoarticulaire de la recourante s'est aggravé entre l'expertise du Dr B _____ de 2002 (rapport rendu en 2003) et celle du SMR de 2007, par l'apparition de limitations fonctionnelles supplémentaires, soit liées au membre supérieur gauche, comme la recourante l'a d'ailleurs relevé en déclarant en audience le 16 janvier 2012 que son état de santé s'était péjoré notamment par l'aggravation des douleurs de l'épaule, irradiant ensuite jusqu'à la nuque. A cet égard, l'avis des Drs V _____ et U _____ du 16 janvier 2012 selon lequel le changement de limitations fonctionnelles entre l'expertise du Dr B _____ et celle du Dr F _____, - soit des limitations en 2002 de l'ordre de l'épargne du rachis et en 2007 de l'ordre de l'épargne du rachis et du membre supérieur gauche - ne signifie pas une péjoration de l'état de santé de la recourante, ne saurait être suivi. En effet, les Drs V _____ et U _____ ont précisément indiqué que les examens cliniques de l'expertise du Dr B _____ et du SMR étaient similaires à l'exception d'une épreuve de Hawkins positive permettant au Dr F _____ de poser un diagnostic de polyarthrite scapulo-humérale. Le Dr F _____ a ainsi posé un diagnostic de périarthrite scapulo-humérale qui n'existait pas en 2002 et qui entraînait de nouvelles limitations fonctionnelles, de sorte qu'une aggravation de l'état de santé ostéoarticulaire de la recourante doit être constaté. L'intimé a considéré que la recourante était capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée depuis février 1999, capacité qu'il a jugé ne pas être en contradiction avec l'estimation faite par le Dr B _____ en 2002, puisque celui-ci avait retenu une capacité d'au minimum 50 % ce qui signifiait qu'elle pouvait être supérieure. Certes, le Dr B _____ a-t-il indiqué que l'on pouvait espérer une capacité de travail d'au moins 50 % dans une activité adaptée. On ne saurait cependant déduire de cette conclusion que l'expert considérait qu'une capacité de 100% était également exigible de la recourante, et cela même si, dans un premier temps, l'expert semble avoir retenu des limitations fonctionnelles outrepassant son domaine de compétence telle que l'état anxio-dépressif de la recourante dès lors qu'il se réfère finalement spécifiquement à une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques de cette dernière. Ainsi, il y a lieu de constater que l'expert a clairement fixé en 2002, une capacité de travail d'au moins 50 % dans une activité adaptée laquelle ne saurait être assimilée à une capacité de 100 %.

L'intimé est d'ailleurs d'avis que la décision initiale de rente, fondée sur les deux expertises psychiatrique et rhumatologique, ne présente aucun caractère manifestement erroné de sorte qu'il n'existe aucun motif de reconsidération, admettant de cette façon la valeur probante de l'expertise du Dr B _____ et le SMR a indiqué, dans son avis du 16 janvier 2012, qu'il n'y avait pas de contradiction entre les examens, d'une part, du Dr B _____ et, d'autre part, du SMR mais qu'il s'agissait d'une appréciation différente.

d) Au vu de ce qui précède, la Cour de céans constate que l'intimé a effectivement procédé à une révision de la décision de rente de 2004 en considérant à juste titre que l'état de santé psychique de la recourante s'était amélioré de sorte que, sur ce plan, la capacité de travail de celle-ci était entière. Cependant, du point de vue somatique, l'intimé s'est écarté sans raison de l'expertise rhumatologique dont il avait tenu compte lors de sa décision de rente en procédant à une nouvelle appréciation de l'impact des limitations fonctionnelles sur la capacité de travail de la recourante, laquelle a été évaluée à 100 % dans une activité adaptée depuis février 1999 et non plus à "au moins 50 %", alors même que le SMR admet de nouvelles limitations

fonctionnelles dues à la périarthrite scapulo-humérale. Ainsi, aucun rapport médical ne permet de s'écarter de l'estimation faite par le Dr B _____, ce d'autant qu'elle a été complétée par les stages mis en place par l'intimé, lesquels ont permis de préciser la capacité effective de travail de la recourante. A cet égard, les stages d'observation professionnelle de 2008 (durée de 10 jours avec une présence de 100 %) et 2010 (durée de 4 semaines avec une présence de 95 %) ont conclu le premier à l'impossibilité de réintégrer l'assurée dans le monde économique ordinaire en raison d'une résistance physique insuffisante et le second à une capacité de travail maximum de 60 % dans des activités légères; quant au stage de réentraînement au travail de 2011 (3 mois avec une présence de 46 %), il a conclu à un rendement diminué (60 % d'un mi-temps), à des activités manuelles très légères et peu complexes seules possibles, avec alternance des positions et à l'impossibilité pour la recourante d'investir une activité professionnelle. Est particulièrement probant le stage de 2010, lequel a duré 4 semaines avec un taux de présence de la recourante de 95 %, dès lors qu'il a permis une bonne observation de cette dernière, et qu'à cette occasion il a été relevé que l'engagement de la recourante a été bon et qu'elle a montré de la motivation et de la persévérance dans la plupart des activités proposées (rapport du 2 novembre 2010 p. 12). Ainsi, la conclusion de ce stage qui constate une capacité résiduelle de travail de 60 % permet de préciser l'évaluation du Dr B _____ de 2002. En particulier, il convient de relever que la capacité de travail n'a pas été fixée de l'ordre de 60 à 80 % par les EPI, comme relevé par le Dr J _____, le 19 octobre 2010 ou encore selon l'avis du SMR du 16 novembre 2010 "de 60 % au minimum avec une possibilité de l'augmenter à 80 % avec un stage de réentraînement" mais bien à 60 %, soit un rendement de 80 % sur un temps de travail de 75 % (6 heures par jour) (rapport du 2 novembre 2010 p. 13), comme l'ont précisé à la Cour de céans les EPI le 17 avril 2012. En revanche, le réentraînement à l'effort de 2011 n'est pas probant, la recourante ayant présenté un taux d'absence de 54 % et son engagement ayant été jugé comme très moyen, de sorte que la conclusion des EPI du 28 avril 2011 selon laquelle la recourante est dans l'impossibilité d'investir une activité professionnelle quelle que soit n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions du stage d'observation professionnelle de 2010. En conséquence, la capacité de travail résiduelle de la recourante est de 60 % dans une activité adaptée, au regard de l'expertise du Dr B _____ de 2002 complété par le stage d'observation professionnelle de 2010. Enfin, s'agissant de la péjoration de l'état de santé de la recourante, celle-ci n'a pas amené d'éléments médicaux qui permettraient d'admettre que l'appréciation faite par le Dr B _____ en 2002 dans le sens d'une capacité de travail d'au moins 50 % dans une activité adaptée complétée par le stage d'observation de 2010, aboutissant finalement à la reconnaissance d'une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée ne serait plus valable et que les limitations fonctionnelles dues à la périarthrite scapulo-humérale et aux conséquences de la chute de mars 2011 entraîneraient une limitation plus importante de cette capacité. En particulier, les conséquences de la chute dont a été victime la recourante en mars 2011 sont terminées, comme l'a attesté le Dr P _____ le 13 mars 2012, l'état de santé actuel de la recourante correspondant à celui antérieur à l'accident. Enfin, son médecin-traitant, le Dr D _____, a confirmé le 24 février 2012 le rapport du Dr B _____, en indiquant qu'il était en accord avec celui-ci même s'il mentionne une capacité de 50 % "au maximum" alors que le Dr B _____ parle de "50 % au minimum". S'agissant du calcul du taux d'invalidité, il convient de se référer, compte tenu des stages effectués par la recourante jusqu'en 2011, à l'année 2010, année de référence la plus récente. Pour le revenu d'invalidé, le salaire de référence est celui

auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir 4'225 fr. par mois et 50'700 fr. par année (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, TA1). 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 qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux handicaps de la recourante. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,6 heures en 2010; La Vie économique, 3-2012, p. 94, B9.2), ce montant doit être porté à 52'728 fr. par année. A 60 % ce revenu est de 31'637 fr.. Vu le taux d'activité partiel retenu et les limitations fonctionnelles liées tant au rachis et qu'à l'épaule gauche, il se justifie de procéder à un abattement de ce salaire statistique à hauteur de 15 % tel que retenu par l'intimé. Il en résulte un revenu de 26'891 fr. Le revenu sans invalidité correspond au salaire réalisé en 1996 à l'EMS XA_____, soit 47'760 fr. 45, indexé à 2010, soit 56'985 fr. Ainsi, le taux d'invalidité est de : $56'985 \text{ fr.} - 26'891 \text{ fr.} = 52,8 \%$ arrondi à 53 % (ATF 130 V 121) 56'985 fr. Ce taux de 53 % donne droit à une demi-rente d'invalidité. Partant, le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse réformée en ce sens que la rente entière d'invalidité est réduite à une demi-rente. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de l'intimé. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Réforme la décision de l'intimé du 6 septembre 2011 en ce sens que la rente d'invalidité de 100 % de la recourante est réduite à 50 %. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Nancy BISIN La présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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