

GE_GERICHTE A/3529/2012 vom 25. Juni 2013

GE Cour de justice, 2013-06-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3529_2012

FR: GE_GERICHTE A/3529/2012 du 25 juin 2013

IT: GE_GERICHTE A/3529/2012 del 25 giugno 2013

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame R_____, domiciliée au LIGNON, représentée par ASSUAS - Association suisse des assurés recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Madame R_____, née en 1962, d'origine italienne, a travaillé comme aide-vendeuse, puis comme nettoyeuse à temps partiel. Depuis avril 2012, elle a exercé une activité de femme de ménage à raison de dix heures par semaine auprès de l'entreprise X_____ SA.![endif]>![if> 2. Elle a déposé auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI) une demande visant à l'octroi d'une rente d'invalidité le 27 octobre 1993, au motif qu'elle souffre de douleurs au bras, au poignet et à la main gauches de façon constante et de diminution de la force et de la sensibilité, après résection d'un péri-neuriome de la branche motrice du nerf radial au coude gauche et après greffe nerveuse, puis transfert tendineux.![endif]>![if> 3. Le Docteur A_____ a confirmé le 5 mars 1992 la survenue d'une récurrence d'une paralysie motrice radiale distale après neurolyse de la branche motrice du nerf radial au coude gauche en novembre 1991. Il a indiqué le 31 mars 1994 que l'assurée ne pouvait exercer son activité de femme de ménage au-delà de 7h30 par semaine.![endif]>![if> 4. L'OAI a qualifié le statut de l'assurée de ménagère mixte, avec un taux de 73% pour la part consacrée à l'activité professionnelle, de sorte qu'une enquête économique sur le ménage a été établie le 15 mars 1994. L'enquêtrice a constaté que ![endif]>![if> "Les 7h30 de petits nettoyages / semaine qu'effectuent l'assurée sont adaptées à son état, dans le sens qu'elle met davantage de temps pour les faire (avec un même salaire), qu'elle va à son rythme et que son mari vient l'aider en fin de semaine lorsqu'il faut nettoyer le sol à fond. Ce cabinet de physiothérapeute lui convient également parce que le physiothérapeute la connaît bien et l'épargne en lui évitant les travaux trop pénibles. Il est évident qu'elle ne pourrait pas faire 7h30 de nettoyage / semaine n'importe où et dans n'importe quelles conditions. Financièrement, il est exclu qu'elle s'arrête tout à fait, elle n'en a pas les moyens". L'empêchement à accomplir les travaux ménagers a été évalué à 26%, étant précisé que le mari de l'assurée participait beaucoup et que sa belle-mère venait l'aider tous les jours. 5. Par décision du 21 octobre 1994, l'assurée a été mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 59% dès le 28 octobre 1992.![endif]>![if> 6. Lors de la révision du dossier en 2004, il a été considéré, sur la base d'un rapport intermédiaire du Dr A_____ du 19 mars 2004 que l'état de santé était resté stationnaire. L'OAI a dès lors informé l'assurée par communication du 29 septembre 2004, que son droit à la demi-rente était maintenu.![endif]>![if> 7. Dans le cadre d'une nouvelle révision initiée par l'OAI en février 2010, les médecins de l'assurée, soit les Drs B_____, spécialiste FMH en neurologie, et C_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, ont été interrogés.![endif]>![if> Il en

résulte que l'assurée présente une discopathie C6-C7 avec petite hernie ou ostéophytose C6-C7, une cervico-brachialgie gauche, une paresthésie dans l'index et le majeur gauche et un syndrome vertébral cervical modéré. Il est précisé que le Dr C_____ n'a pas revu sa patiente depuis trois ans. 8. Invité à préciser l'importance de la récurrence de la paralysie motrice radiale, ainsi que la capacité de travail actuelle de l'assurée, le Dr A_____ a renvoyé à l'avis du médecin traitant. Or, ce médecin est décédé. 9. Le 25 mai 2010, le médecin du Service médical régional (SMR) a relevé qu'il ne disposait pas de renseignements précis concernant l'évolution de l'état de santé de l'assurée. Il rappelle que celle-ci a été mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 26 avril 1994 sur la base d'un degré d'invalidité de 58,90% après enquête ménagère du 15 mars 1994. Constatant que subsistaient des séquelles de la résection d'un périmyosarcome dans la branche motrice du nerf radial au coude gauche (greffe puis transfert nerveux) et que selon l'assurée, son état de santé s'était aggravé depuis octobre 2006 suite à une hernie cervicale, le médecin du SMR a considéré qu'il était nécessaire de réévaluer les empêchements rencontrés par l'assurée dans l'accomplissement de ses tâches ménagères. 10. Une nouvelle enquête économique sur le ménage a dès lors été conduite le 21 décembre 2010. Il y est relevé que " l'assurée se plaint de ses douleurs dans le poignet gauche, depuis ses deux interventions pour l'ablation d'une tumeur, elle a perdu la force dans la main gauche. Elle peut utiliser ce bras et cette main qui est mobile et sensible, mais la majeure partie des choses, et surtout ce qui se fait en force, est fait avec la main droite. Depuis trois ans, elle a également un bec de perroquet sur une cervicale, ce qui lui occasionne des fourmillements dans l'index gauche déjà affaibli. Elle dit que ce problème ne la dérange pas beaucoup, elle est surtout gênée par sa faiblesse du bras gauche. Elle a par ailleurs un bon moral, elle dit qu'elle s'est habituée à son handicap, elle a appris à vivre avec (...). L'assurée aurait aimé travaillé davantage, elle fait des ménages dans un cabinet de physiothérapie deux heures par semaine depuis 1993. Elle voudrait travailler plus, mais son employeur n'a pas le budget nécessaire pour le moment. En 1994, le statut avait été évalué à 70% active." Le même statut mixte a été repris, soit 70% active, et 30% ménagère. L'empêchement de l'assurée à accomplir les travaux ménagers a été évalué à 19,80%, étant précisé qu'il a été tenu compte de l'aide apportée par le mari mais dans une moindre mesure, puisqu'il a subi en 2009 une importante intervention cardiaque, et par sa fille âgée de 21 ans qui vit avec eux, mais partiellement car elle travaille à plein temps. 11. Le Dr D_____, généraliste FMH, a indiqué le 8 mars 2011 que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé progressivement, en raison de l'impotence du membre supérieur gauche. Il n'a toutefois pas indiqué de taux de capacité de travail. 12. L'OAI a mandaté le Dr E_____, spécialiste FMH en neurologie, pour expertise. Celle-ci a été réalisée le 21 juillet 2011. Dans son rapport du 25 juillet 2011, le Dr E_____ a posé les diagnostics suivants : Monoparésie distale du membre supérieur gauche depuis 1990 sur : - Neuropathie purement motrice de la portion distale du nerf radial d'origine indéterminée - Status après neurolyse du nerf radial le 5 novembre 1991 - Status après résection de la branche motrice du nerf radial dans le muscle supinateur et reconstruction par greffe (prélèvement nerf sural homolatéral) par microsuture et collage d'un fagot de six torons plurifasciculaire le 5 mars 1992 - Transfert du fléchisseur radial du carpe sur l'extenseur commun des doigts ; transfert du fléchisseur superficiel de l'annulaire sur le long extenseur du pouce et extenseur propre de l'index le 25 novembre 1992 - Altération de la sensibilité superficielle de l'index gauche sur : - Neuropathie du nerf médian myélinique d'origine indéterminée

et/ou - Séquelles de syndrome radiculaire C6 gauche L'expert a également relevé un status après cure de canal carpien droit en 1998, toutefois sans répercussion sur la capacité de travail. Il a considéré qu'en tant que vendeuse ou nettoyeuse, les répercussions d'une maladresse de la main gauche sont peu importantes, puisqu'elle est droitière. L'assurée ne peut ni porter des charges lourdes avec la main gauche, ni effectuer de tâches fines, comme taper sur un clavier. L'activité exercée jusqu'ici est encore exigible à plein temps, avec toutefois une diminution du rendement dans un travail de vendeuse ou de nettoyeuse de l'ordre de 20%, pour tenir compte du fait que la parésie distale de la main gauche peut se répercuter sur l'efficacité de certaines tâches. Il a ajouté que l'assurée s'était adaptée à son handicap et que le degré d'incapacité de travail avait évolué favorablement de façon progressive. 13. Dans un avis du 23 septembre 2011, le médecin du SMR a conclu, sur la base du rapport d'expertise, à une capacité de travail entière dans l'activité habituelle de vendeuse ou de nettoyeuse depuis fin 1993 au plus tard, avec une baisse de rendement de 20%.! [endif]>! [if> 14. L'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité sur la base d'une activité mixte consacrée à hauteur de 70% à la part professionnelle et de 30% à la part ménagère. Il a retenu un revenu sans invalidité de 39'032 fr., et un revenu avec invalidité de 35'619 fr., ce qui donne un taux de 9% et, compte tenu d'un empêchement à accomplir les travaux ménagers de 6%, a conclu à un degré d'invalidité de 12%.! [endif]>! [if> 15. L'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision daté du 28 septembre 2012, aux termes duquel sa rente était supprimée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.! [endif]>! [if> 16. A la suite de l'audition de l'assurée, l'OAI a encore interrogé le Dr D _____ au sujet de l'atteinte psychiatrique que le mandataire de l'assurée a fait valoir.! [endif]>! [if> 17. Le Dr D _____ indique le 13 octobre 2011 que sa patiente présentait un schwannome du nerf radial gauche et un status post opératoire en chirurgie du coude et bras gauche, ainsi qu'un état dépressif chronique. Il rappelle que le membre supérieur gauche est impotent. Il considère que la capacité de travail est nulle au vu de l'état dépressif et de l'atteinte articulaire, que ce soit dans l'activité antérieure ou dans une autre profession. ! [endif]>! [if> Au vu des réponses peu précises apportées par ce médecin, l'OAI a décidé de mettre sur pied un examen psychiatrique au SMR. Celui-ci s'est déroulé le 18 juin 2012, auprès du Dr F _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Le Dr F _____ n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique avec répercussion durable sur la capacité de travail. Il n'a relevé qu'un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive. Il explique à cet égard que, tant dans l'expertise du Dr E _____ que lors de l'enquête ménagère, aucune symptomatologie dépressive ou anxieuse n'est mentionnée. Ce n'est que suite à la communication du projet de décision, selon lequel sa rente était supprimée, que l'assurée a annoncé une symptomatologie dépressive. L'assurée présente certes une symptomatologie anxieuse réactionnelle à différentes difficultés somatiques dans la famille, des ruminations existentielles, ainsi que de discrets troubles cognitifs. Elle garde toutefois un sentiment d'espoir en ce qui concerne l'avenir et ses symptômes entrent dans le contexte d'un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive. Cette symptomatologie est par ailleurs d'une intensité insuffisante pour retenir un trouble anxieux ou un trouble dépressif à part entière. 18. Par décision du 24 octobre 2012, l'OAI a confirmé la suppression de la rente d'invalidité et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.! [endif]>! [if> 19. L'assurée, représentée par l'ASSUAS, a interjeté recours le 23 novembre 2012 contre ladite décision. Elle conclut au maintien de la demi-rente d'invalidité au-delà du 30 novembre 2012. Elle conteste le rapport d'expertise du Dr E _____. Elle relève que contrairement à ce que celui-ci a retenu, son état de santé ne s'est pas amélioré

depuis 1990 et n'a subi aucun changement quant à son handicap relatif au membre supérieur gauche, qu'au contraire, d'autres atteintes à la santé sont venues s'ajouter et qu'elle souffre au surplus d'un état dépressif chronique. Ses limitations fonctionnelles restent les mêmes. Elle conteste également le calcul auquel a procédé l'AI pour fixer son degré d'invalidité, puisque "l'OAI n'a pas retenu comme salaire sans invalidité, celui d'aide-vendeuse chez Y_____ et son salaire de femme de ménage, lequel est actuellement de 18 fr. 20, salaire horaire, comme salaire avec invalidité".

20. Dans sa réponse du 20 décembre 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours, constatant qu'il ressortait tant du rapport d'expertise du Dr E_____ que de l'enquête ménagère réalisée au domicile de l'assurée, que les limitations induites par l'atteinte à la santé avaient notablement diminué depuis la décision la mettant au bénéfice d'une rente. Il relève du reste que l'amélioration attestée par l'expert se trouve corroborée par les constatations de l'enquête économique, laquelle repose sur les propres déclarations de la recourante. Il rappelle que lors de la première enquête réalisée le 15 mars 1994, il avait été constaté que le mari de l'assurée passait fréquemment l'aspirateur, lavait les sols et les vitres, et que la belle-mère nettoyait la salle de bains et l'aidait pour le repassage et le raccommodage. Dans la seconde enquête, celle du 21 décembre 2010, l'assurée a déclaré effectuer son ménage sans aide pour l'aspirateur, la serpillère, les vitres et le repassage, et a par ailleurs indiqué qu'elle pouvait à nouveau s'occuper à des travaux de crochet.

21. L'assurée a répliqué le 15 février 2013. Elle persiste dans son recours, reprochant à l'OAI de n'avoir pas demandé une instruction complémentaire au SMR pour qu'il se prononce sur l'influence de toutes les atteintes dont elle souffre sur sa capacité de travail, et demande à ce qu'il soit ordonné à l'OAI de prendre en charge des mesures de réinsertion professionnelles au sens des art. 14 et suivants LAI.

22. Dans sa duplique du 14 mars 2013, l'OAI a relevé que le marché équilibré du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères dont un nombre significatif était à l'évidence adapté aux limitations modestes rencontrées par l'assurée, et accessible sans autre formation particulière. Dans cette mesure, un stage d'observation professionnelle tel que sollicité par l'assurée ou d'autres mesures professionnelles n'avaient pas lieu d'être. Il confirme ses précédentes conclusions.

23. Interrogée par la Cour de céans, Y_____ a, par courrier du 7 juin 2013, précisé que "le revenu mensuel (sic !) brut de l'assurée aurait été en 2009, au minimum et pour une activité à plein temps (41 heures par semaine) de 50'050 fr. (soit 3'850 fr. x 13). Le revenu annuel brut probable (prenant pour base d'autres personnes entrées en 1990) aurait été d'environ 53'300 fr. (4'100 fr. x 13)".

24. Ce courrier a été transmis aux parties et la cause gardée à juger.

EN DROIT

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).

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que la procédure de révision instaurée par l'OAI est postérieure au 1er janvier 2003 (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). 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). S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 (à l'exception de l'art.68 quater entrée en vigueur rétroactivement le 1^{er} juillet 2007), il convient de relever que du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid 1.2; 169 consid 1; 356 consid.1 et les arrêts cités).
3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de l'OAI de réviser sa communication du 29 septembre 2004 confirmant la demi-rente d'invalidité octroyée à l'assurée par décision du 21 octobre 1994.
5. a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. 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 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).
b) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Ainsi, pour examiner s'il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit généralement prendre en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. Il convient encore d'ajouter qu'à l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5 p.110 ss). Cela est également valable pour une décision faisant suite à une révision d'office du droit à la rente, qui constate que le droit aux prestations ne s'est pas modifié. 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 (cf. 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 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, 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 du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). c) Aux termes de l'art. 88 bis al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet : au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a) ; 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 RAI (let. b). 6. 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. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du

moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a; ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). 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. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). d) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). 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 469 consid. 4a, 122 III 223 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), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). 7. Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes (al. 1) : a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins. La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2) : 40% au moins donne droit à un quart de rente; 50% au moins à une demie rente; 60% au moins à un trois quarts de rente et 70% au moins à une rente entière. 8. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci il faut 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. 28a al.1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPG], méthode spécifique [art. 28 a al.2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPG], méthode mixte [art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPG et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPG])

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. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 117 V 195 consid. 3b; VSI 1996 p. 209 consid. 1c). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 396 consid. 3.3, 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références).!

9. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. 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 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). 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 223 consid. 4.1, 128 V 174).!

10. Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). En règle générale, il convient de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne total du tableau relatif au «secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa p. 323). Cette solution est en particulier justifiée lorsque la personne assurée ne pourra plus exercer son activité habituelle et qu'elle est tenue de trouver un emploi dans un nouveau domaine d'activité, l'intégralité du marché du travail étant ainsi à sa disposition (arrêt 9C_237/2007 du 24 août 2007 consid. 5.1 et 5.2, non publiés aux ATF 133 V 545 , et les références citées). !

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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Dans ce contexte, il a été jugé que la réduction des salaires issus des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, 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 a, dans le cas concret, adopté 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 des assurances sociales 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 p. 81; 123 V 150 consid. 2 p. 152 et les références). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il 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 la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a). 11. L'invalidité d'un assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation de la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en fonction de l'incapacité d'accomplir ses travaux habituels. Par travaux habituels d'une personne travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. C'est la méthode spécifique (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA; ATFA du 20 avril 2007, I 288/06). La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. En effet, le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. En ce qui concerne l'incapacité d'accomplir les travaux habituels en raison d'une atteinte à la santé, l'enquête économique sur le ménage effectuée au domicile de l'assuré (cf. art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans ce domaine (sur les exigences relatives à la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, voir arrêt I 90/02 du 30 décembre 2002). Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. En présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (arrêts 8C_671/2007 du 13 juin 2008 consid. 3.2.1 et I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 4.2.1, in VSI 2004 p. 137). Une telle priorité de principe est

justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant. Pour l'application du droit dans le cas concret, cela signifie qu'il convient d'évaluer à la lumière des exigences développées par la jurisprudence la valeur probante des avis médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3 p. 352) et du rapport d'enquête économique sur le ménage (consid. 2.3.2 arrêt I 90/02 du 30 décembre 2002), puis, en présence de prises de position assorties d'une valeur probante identique, d'examiner si elles concordent ou se contredisent. Dans cette seconde hypothèse, elles doivent être appréciées au regard de chacune des questions particulières, plus de poids devant cependant être accordé aux rapports médicaux dans la mesure où il s'agit d'évaluer un aspect médical (arrêt I 733/03 du 6 avril 2004 consid. 5.1.3; arrêt 9C 108/2009 du 29 octobre 2009). Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c et les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (arrêts D. du 14 janvier 2005 [I 308/04 et I 309/04] et S. du 11 août 2003 [I 681/02]). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (voir également Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurich 1997, p. 222; ATFA du 17 mars 2005, I 257/04). 12. Selon l'art. 28a al. 3 LAI, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPG. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2 pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité. 13. De jurisprudence constante le Tribunal fédéral des assurances a considéré que cette méthode était conforme à la loi et à la volonté du législateur (ATF 125 V 146). 14. En l'espèce, il convient d'admettre en premier lieu que le statut de l'assurée est mixte, en ce sens qu'elle a toujours travaillé à temps partiel. L'OAI a considéré que la part professionnelle était de 70% et la part ménagère de 30%, ce que l'assurée ne conteste pas. 14. Il s'agit ensuite de déterminer si l'état de santé de l'assurée et sa capacité de travail se sont améliorés depuis la communication du 29 septembre 2004, qui confirme la demi-rente octroyée par décision du 21 octobre 1994 a) Lors de la

décision d'octroi, l'OAI s'est fondé sur les rapports du Dr A_____ des 5 mars 1992 et 31 mars 1994 et sur l'enquête ménagère du 15 mars 1994 concluant à un empêchement de 26%. b) Dans le cadre de la première procédure de révision, en 2004, l'OAI s'est référé au rapport du Dr A_____ du 19 mars 2004, selon lequel l'état de santé était stationnaire et a maintenu le droit de l'assurée à une demi-rente. c) Lors de la procédure de révision de rente initiée en février 2010, l'OAI a disposé des documents médicaux suivants: - du rapport d'expertise du Dr E_____ du 25 juillet 2011 selon lequel l'assurée présente une capacité de travail entière dans son activité habituelle de nettoyeuse ou de vendeuse, avec une diminution de rendement de 20%.! [endif]>! [if> - du rapport du Dr F_____ du 18 juin 2012, lequel n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique ayant une influence sur la capacité de travail. Selon ce médecin, la symptomatologie dépressive n'est pas suffisamment importante pour retenir un trouble anxieux ou un trouble dépressif à part entière. ! [endif]>! [if> d) La Cour de céans constate que l'expertise du Dr E_____ est en tous points conforme aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante. Elle se fonde en effet sur un examen clinique de l'assurée, sur l'étude de son dossier médical, relate ses plaintes, contient une anamnèse complète, des diagnostics clairs et des conclusions motivées. Les conclusions du Dr F_____ sont de même claires et bien motivées, de sorte que le rapport de celui-ci a également valeur probante. e) L'assurée conteste que son état de santé se soit amélioré, rappelant que non seulement son handicap au membre supérieur gauche est toujours présent, mais qu'au surplus d'autres atteintes se sont ajoutées, soit plus particulièrement, des problèmes aux cervicales et un état dépressif. Le Dr D_____ considère du reste que sa capacité de travail est nulle. f) Rien au dossier ne permet toutefois de remettre en cause les conclusions des Drs E_____ et F_____. En effet, le rapport du Dr D_____ ne fait état d'aucun élément qui aurait été ignoré par eux et qui serait suffisamment déterminant pour remettre en cause leurs conclusions. Celui-ci se borne en effet à rappeler l'impotence du membre supérieur gauche et à poser un diagnostic d'état dépressif sans autre précision et sans aucune motivation pertinente. Son rapport ne peut partant se voir reconnaître une valeur probante. 15. Il y a dès lors lieu de considérer que l'assurée dispose d'une pleine capacité de travail quelle que soit l'activité envisagée, avec toutefois une diminution de rendement de 20%. ! [endif]>! [if> 16. L'assurée reproche à l'OAI de n'avoir pas pris comme revenu sans invalidité celui d'aide-vendeuse et comme revenu avec invalidité celui de femme de ménage. ! [endif]>! [if> a) En matière de révision, l'évaluation du taux d'invalidité obéit aux prescriptions générales et notamment aux principes de l'art. 16 LPGA. La Cour de céans rappelle que pour procéder à la comparaison des revenus selon l'art. 16 LPGA, il convient de se placer au moment de la décision litigieuse, soit en avril 2010. Les revenus avec et sans invalidité doivent donc être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte, dans la mesure où elles sont susceptibles d'influencer le droit à la rente. Ainsi, la date de la décision litigieuse doit être retenue pour indexer les salaires. 17. L'assurée souhaiterait qu'il ne soit pas fait appel aux données statistiques pour le calcul de son revenu avec invalidité. ! [endif]>! [if> Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé toutefois, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base des statistiques salariales (ATF 126 V 75). A conditions de respecter certaines exigences de procédure, la détermination du revenu d'invalidité sur la base de données salariales concrètes est un procédé admis par le Tribunal fédéral des assurances au même titre que le recours aux

données statistiques économiques (voir ATF 129 V 472). Il n'y a pas de hiérarchie entre ces deux méthodes. Il est vrai qu'il est souvent fait recours aux valeurs statistiques pour fixer le revenu d'invalidé. Cette méthode concerne avant tout des assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, le salaire statistique est en effet suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes. Si l'assuré ne réalise pas entièrement le taux d'occupation raisonnablement exigible de lui, le salaire réalisé peut, dans certaines conditions, être converti afin qu'il corresponde à ce taux d'occupation (I 171/04, 8C_579/2009 , 8C_25/2010). Ainsi, dans le cas d'un assuré qui avait bénéficié d'un reclassement dans une profession bien précise, et dont le taux de l'activité exercée était inférieur à ce qui était exigible de sa part, le TF a envisagé de retenir, à titre de revenu d'invalidé, le salaire perçu au service de son employeur actuel rapporté au taux exigible (arrêt du TF du 1 er avril 2005, I 171/2004). 18. En l'espèce, l'assurée travaille comme femme de ménage dans un cabinet de physiothérapie à raison d'une fois deux heures par semaine, ce qui représente un 7 %, rémunéré 18 fr. 20 de l'heure. Selon le certificat de salaire établi par son employeur le 18 janvier 2010, elle a ainsi effectivement réalisé 2'788 fr. pour l'année 2009. [endif]>[if> Il a été considéré que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail, quelle que soit l'activité envisagée, avec toutefois une diminution de rendement de 20%. Déterminer son revenu avec invalidité sur la base des données statistiques qui recouvrent un large éventail d'activités variées et non qualifiées, en l'occurrence les ESS 2008 secteur 3 services femmes, niveau 4, n'est en conséquence pas critiquable, dans la mesure où l'assurée n'exerce effectivement une activité qu'à temps très partiel (7%) comparé au temps exigible, soit un taux de 100% avec une diminution de rendement de 20%. La part consacrée à l'activité professionnelle étant de 70%, c'est dès lors à juste titre que l'OAI s'est fondé sur ces données statistiques, afin d'établir le revenu avec invalidité correspondant aux 63 % restants (70 % ./ 7 %) et a obtenu le revenu de 32'831 fr. (52 113 fr. x 63 : 100). Il y a à cet égard lieu de rappeler que l'assurée a elle-même indiqué, dans le cadre de l'enquête ménagère du 21 décembre 2010, qu'elle aimerait travailler davantage, mais que son employeur ne pouvait pas lui proposer plus d'heures. Quoi qu'il en soit, même si l'on déterminait le revenu avec invalidité dans son intégralité sur la base de la rémunération réellement perçue, le résultat ne conduirait pas des conclusions différentes. En effet, le calcul serait le suivant : 18 fr. 20 de l'heure x 40 heures par semaine x 4 = 2'912 fr. par mois = 34'944 fr. (p.m. le revenu retenu par l'OAI est de 35'619 fr.). Cela étant, si l'OAI a correctement tenu compte d'un montant de 35'619 fr., soit 32'831 fr. + 2'788 fr., il a toutefois oublié la diminution de rendement de 20%. Ce n'est donc pas un gain d'invalidité raisonnablement exigible de 35'619 fr. qu'il y a lieu de retenir, mais de 28'495 fr. 19. S'agissant du revenu sans invalidité, l'OAI a retenu un montant de 39'032 fr. sur la base des statistiques.[endif]>[if> L'assurée souhaiterait que soit plutôt pris en considération le revenu d'aide vendeuse qu'elle a réalisé chez Y_____ du 18 janvier 1988 au 8 janvier 1990. Il ressort des comptes individuels de cotisations de l'assurée qu'elle gagnait 15'736 fr. en 1988 et 17'530 fr. en 1989. Y_____ a indiqué que l'assurée aurait réalisé en 2009 un revenu annuel brut de 50'050 fr. (ou 53'300 fr.) pour un emploi à plein temps, ce qui représente pour une activité exercée à 73%, un revenu de 36'536 fr. (ou 38'909 fr.). Force est de constater que ce revenu correspond à peu de choses près à celui retenu par l'OAI, de

sorte que la question de savoir si c'est ce revenu ou celui résultant des statistiques peut être laissée ouverte. 20. L'OAI a conclu à un taux d'invalidité de 9% s'agissant de la part professionnelle ($[39'032 - 35'619] : 39'032 \times 100 = 9 \%$), étant précisé qu'il n'a déduit aucun abattement supplémentaire. Il faut en réalité, au vu de ce qui précède, s'agissant du revenu d'invalidité, retenir un degré d'invalidité de 27% ($[39'032 \text{ fr.} - 28'495 \text{ fr.}] : 39'032 \text{ fr.} \times 100 = 27\%$)!<endif>!<if> 21. De l'enquête économique sur le ménage réalisée le 21 décembre 2010, il résulte un taux d'empêchement à accomplir les tâches ménagères de 19,80%!<endif>!<if> 22. Le taux d'invalidité se présente dès lors comme suit:<endif>!<if> Quote-part Limitations handicap Activité lucrative 70% 27% 25% Tâches ménagères 30% 20% 6% Taux d'invalidité 31% 23. Force est de constater que ce taux de 31 % reste insuffisant pour justifier l'octroi d'une rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI). Les conditions de la révision étant réunies, l'OAI était en droit de supprimer la demi-rente jusque-là versée à l'assurée.<endif>!<if> 24. Selon l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).<endif>!<if> Il faut que l'incapacité de gain soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2; ATF 124 V 108 , consid. 3a). Le pourcentage est calculé selon les mêmes principes que ceux appliqués lors de la détermination du degré d'invalidité dans le cas du droit à une rente (VSI 2000, p. 63, RCC 1984, p. 95). Pour déterminer si une mesure de réadaptation d'ordre professionnel est de nature à rétablir, améliorer, sauvegarder ou favoriser l'usage de la capacité de gain de l'assuré, il y a toutefois lieu d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 , consid. 3.2.2). Le but poursuivi par la mesure doit donc s'inscrire dans une certaine durée, et son succès doit être proportionné à son coût. Enfin, la mesure concrète doit être raisonnablement exigible de l'assuré (ATF 130 V 488 , consid. 4.3.2; VSI 2002 p. 112 consid. 2). En effet, une mesure de reclassement ne saurait être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, au moins partiellement, d'être réadaptée (ATFA du 16 février 2007, I 170/06). Les mesures ne seront donc pas allouées si elles semblent d'emblée vouées à l'échec (ATF du 16 février 2007 I 170 /06). En l'espèce, l'assurée présente un taux d'invalidité de 20 %, soit le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement, ce qui permet d'envisager une telle mesure. Des mesures de réadaptation professionnelle ne sauraient toutefois être accordées dans son cas, dans la mesure où elle a été considérée comme étant capable de travailler dans ses activités d'aide-vendeuse ou de nettoyeuse et que les activités simples et répétitives qu'elle est susceptible d'exercer ne requièrent pas de formation particulière si ce n'est une mise au courant pratique en entreprise, ce qui exclut l'octroi de mesures aussi onéreuses. Aussi le recours doit-il être rejeté. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :