

GE_GERICHTE A/377/2013 vom 27. Juni 2013

GE Cour de justice, 2013-06-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_377_2013

FR: GE_GERICHTE A/377/2013 du 27 juin 2013

IT: GE_GERICHTE A/377/2013 del 27 giugno 2013

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 27.06.2013
A/377/2013

A/377/2013 ATAS/651/2013 du 27.06.2013 (AI) , ADMIS/RENVOI En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/377/2013
ATAS/651/2013 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 27 juin
2013 9ème Chambre En la cause Mademoiselle P _____, domiciliée c/o Monsieur
Q _____; à ONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
AELLEN Cyril recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU
CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Madame
P _____, née en 1959, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité
le 10 avril 1996. 2. L'assurée n'a pas de formation; elle a exercé différents
postes de manutentionnaire, vendeuse, aide de bureau, dispatcher et
aide-bibliothécaire. Elle a bénéficié des prestations de l'assurance-chômage
entre septembre 1994 et le 31 mai 1996. Par la suite, elle a perçu des prestations du
RMCAS (revenu minimum cantonal d'aide sociale). Elle a indiqué à l'assurance-chômage
que la garde de son enfant, né en 1993, était assurée. 3. Selon l'extrait de compte
individuel du 29 mai 1996, l'intéressée a réalisé des revenus annuels d'en moyenne 28'000
fr. entre 1984 et 1992, sous réserve des années 1989 et 1990 où ses revenus se sont élevés à
46'461 fr. et 56'717 fr. 4. Dans le cadre de l'enquête ménagère diligentée
par l'assurance-invalidité le 30 juillet 1997, elle a indiqué qu'elle travaillait précédemment à
mi-temps et que si elle avait été en bonne santé, elle aurait continué à travailler à 50%,
"pour assumer les frais de la famille". Son compagnon, père de son enfant, bénéficiait d'une
demi-rente AI et percevait des prestations de l'assurance-chômage. 5.
Selon le rapport de son médecin traitant, le Dr A _____, la patiente était traitée pour
sa séropositivité depuis le printemps 1995. Les effets secondaires liés au traitement
limitaient la capacité de travail à 50%. 6. Par décision du 15 janvier 1998,
l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après: OAI) a mis l'intéressée au bénéfice
d'une demi-rente d'invalidité, avec effet au 8 août 1996. 7. Lors de la
révision de la rente en mars 2005, il est apparu, dans l'extrait de compte CI, que l'assurée
avait repris une activité lucrative auprès de la Ville _____ ainsi que, depuis 1998,
auprès de X _____ de Genève, ne réalisant toutefois que des revenus très
faibles. 8. Considérant que son degré d'invalidité n'avait pas changé,
l'OAI a maintenu l'octroi de la demi-rente. La décision du 19 avril 2005 y relative précise
que tout changement de situation économique devait être signalé à l'OAI. 9.
Dans le cadre de la seconde procédure de révision, le SMR a procédé à un examen
clinique de l'assurée et conclu à l'incapacité de travail à 50%. La demi-rente a ainsi été
maintenue par décision du 9 octobre 2008. 10. Dans le questionnaire relatif
à la procédure de révision d'octobre 2010, l'assurée a indiqué que son état de santé était

toujours le même, qu'elle était salariée et que depuis la dernière révision, elle n'avait pas fait l'objet d'un changement professionnel pour des raisons de santé.![endif]>![if> 11.

Répondant à un courrier de l'OAI s'enquérant plus de détails sur son activité professionnelle, l'assurée a précisé qu'elle travaillait environ 2h par jour, en tant que chauffeur, assurant le transport d'enfants handicapés. Son revenu annuel brut était d'environ 15'000 fr. Selon les attestations de salaire 2009 produites, elle avait réalisé pour cette activité un revenu brut de 15'000 fr., un revenu brut de 2'703 fr. auprès de X_____ SA, de 2'153 fr. auprès de Y_____ et de 2'147 fr. auprès de Z_____ SA.

![endif]>![if> 12. Selon le Dr B_____, médecin-traitant, l'incapacité de travail de 50% était inchangée.![endif]>![if> 13. Ce n'est que lors de cette révision que l'OAI a pris

conscience du fait que l'assurée travaillait à 25%.![endif]>![if> 14. L'OAI a requis une enquête ménagère. Celle-ci s'est résumée à une note de travail exposant que l'assurée n'avait fait valoir aucun empêchement dans la sphère ménagère en 1998, que l'état de santé de celle-ci ne s'était pas péjoré et que lors de l'entretien, l'intéressée avait indiqué qu'elle travaillerait à 50% si elle était en bonne santé. Elle n'avait cependant pas retrouvé un emploi à 50%, malgré ses recherches.![endif]>![if> 15. L'assurance a alors effectué une

comparaison du revenu qu'aurait réalisé l'assurée en 2010 si elle n'avait pas été incapable de travailler avec les revenus effectivement réalisés et constaté que la perte de gain s'élevait à 42%. Dès lors que cette perte se rapportait à une activité exercée à 50%, le degré d'invalidité en résultant était de 21%, de sorte qu'il s'est proposé de supprimer le droit à la

demi-rente.![endif]>![if> 16. Par courrier du 4 juillet 2011, le Dr B_____ a fait savoir à l'OAI que l'annonce du projet de suppression de rente avait déclenché chez sa

patiente une dépression sévère, des troubles anxieux et pouvait provoquer un refus de poursuivre le traitement HIV.![endif]>![if> 17. L'assurée s'est déterminée le 7 juillet 2011 en précisant que son état de santé s'était détérioré. Sa fatigue permanente la contraignait à faire des siestes l'après-midi, ce qui l'avait mise en état de dépression. Le 24 février 2011, elle avait dû se faire opérer du poignet et du coude droits. Elle n'avait pas récupéré toute la force dans la main et son petit doigt la faisait souffrir. Sa sœur venait une fois par semaine l'aider dans les tâches ménagères.![endif]>![if> 18. Le 1^{er} septembre 2011, le Dr

B_____, répondant à une demande de rapport médical de l'OAI, a relevé que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé, en particulier l'état dépressif. L'infection HIV était avancée, les cervicalgies et les douleurs à la main droite chroniques.![endif]>![if> 19.

Dans son rapport du 6 septembre 2011, le Dr C_____, chirurgien orthopédiste, a indiqué que les cervicalgies chroniques s'étaient aggravées en 2010, mais étaient peu invalidantes. Une nouvelle aggravation en 2011 avait nécessité une intervention chirurgicale le 24 février 2011. Par la suite, était apparu un "auriculaire droit à ressaut", qui allait nécessiter une nouvelle intervention. Les syndromes du canal carpien s'étaient nettement améliorés et ne nécessitaient plus de traitement. L'incapacité de travail à 100% avait duré du 24 février au 17 avril 2011. Il subsistait une légère restriction dans la mobilité et une diminution de la force dans le membre supérieur droit, qui pouvaient entraîner quelques difficultés dans la conduite d'un véhicule. La capacité de travail était

entière.![endif]>![if> La patiente ne pouvait pas soulever des poids excédant 5 kg, était limitée dans le fait de se pencher et de travailler au-dessus de la tête. Sa résistance était

limitée en raison de la fatigabilité de la nuque et du membre supérieur droit. 20. L'assurée a encore précisé qu'elle avait repris son travail, après l'intervention de février, le 18 avril 2011.![endif]>![if> 21. Compte tenu de l'aggravation de l'état psychique, le SMR a

mandaté le Dr D_____, psychiatre, en vue d'établir une expertise

psychiatrique.![endif]>![if> 22. Au terme de son rapport du 1^{er} mai 2012, le Dr D_____ a conclu à un épisode dépressif moyen, réactionnel au projet de suppression de rente et en rémission partielle ainsi qu'une fatigue due à la trithérapie. Cet épisode avait été invalidant à hauteur de 50% plusieurs mois au début 2011. L'état n'était pas stabilisé et l'on pouvait s'attendre à une amélioration des symptômes psychiques dans deux à trois mois. Du point de vue psychique, l'expertisée pouvait pleinement exercer l'activité qu'elle occupait à 50%. Compte tenu de l'évolution favorable, il n'y avait pas d'indication pour un traitement antidépresseur. La limitation fonctionnelle, sur le plan psychique, était en lien avec la fatigue occasionnée par les effets secondaires du traitement HIV. ![endif]>![if> 23. Par décision du 20 décembre 2012, l'OAI a maintenu son projet de suppression de rente et fixé la date de celle-ci au 1^{er} janvier 2013.![endif]>![if> 24. Dans un courrier du 1^{er} janvier 2013, l'assurée demande à l'OAI de la réinsérer dans le monde du travail en lui proposant une formation rémunérée ou une aide pour savoir si elle peut bénéficier de l'assurance-chômage. Par ailleurs, elle indique qu'elle doit se faire opérer du sein droit le 22 janvier 2013 et espère que les résultats ne seront pas négatifs.![endif]>![if> 25. Le 8 janvier 2013, l'OAI lui a répondu qu'il ne pouvait plus tenir compte des éléments contenus dans son courrier, postérieurs à sa décision du 20 décembre 2012.![endif]>![if> 26. La même réponse a été donnée au courrier du Dr B_____ du 10 janvier 2013, demandant la reconsidération de la décision, tant pour des raisons physiques que psychiques.![endif]>![if> 27. Par courrier adressé le 31 janvier 2013 à la Cour de justice, l'assurée recourt contre la décision du 20 décembre 2012, dont elle demande l'annulation.![endif]>![if> 28. Elle expose, dans le délai imparti pour compléter son recours, qu'elle rencontre des difficultés dans l'accomplissement des tâches ménagères. Sa sœur et sa belle-sœur lui donnent des coups de main, notamment dans l'accomplissement de son ménage et le repassage et lui apportent des plats afin qu'elle n'ait pas à cuisiner. Par ailleurs, elle soutient qu'elle aurait, dès la majorité de son fils, travaillé à temps complet si elle n'avait pas été malade. L'enquêtrice avait ainsi mal compris ses explications. Son incapacité de travail de 50% se rapportait donc à une activité exercée à 100%. En outre, l'appréciation du caractère invalidant de sa fatigue n'avait pas correctement été effectuée. L'intimé s'était uniquement fondé sur les rapports de ses médecins-traitant, qui n'avaient cependant pas été spécifiquement interrogés à cet égard. Elle conclut à l'annulation de la décision et au renvoi du dossier à l'administration pour instruction et nouvelle décision et, subsidiairement, à son audition, celle du Dr B_____, de sa sœur et de l'enquêtrice ainsi qu'à la mise sur pied d'une expertise somatique et d'une enquête ménagère, puis cela fait, à ce qu'il soit dit qu'elle est invalide à 71% et a droit à une rente entière.![endif]>![if> 29. L'OAI conclut au rejet du recours. Il relève que l'octroi des prestations, en 1996, s'était fait sur la base d'une instruction lacunaire. Un seul rapport médical avait été requis. L'assurance-chômage avait indiqué qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail, ce qui aurait dû interpeller l'intimé. Il était ainsi manifestement erroné de retenir que la capacité de travail de la recourante était alors nulle. Par ailleurs, il était apparu en 2008 que cette dernière travaillait à 50% en tant que conductrice de minibus. La nouvelle décision de 2008, qui n'avait pas tenu compte de cet élément, était ainsi également manifestement erronée. L'intimé était donc fondé à corriger ces erreurs. La comparaison des revenus avait retenu les revenus effectivement réalisés, ce qui était généreux, compte tenu de l'incapacité de travail à 50%.![endif]>![if> 30. Par courrier du 8 mai 2013, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 LOJ (RS/GE E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice

connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 LPGA (RS 830.1) relatives à LAI (RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. > Interjeté dans la forme et le délai prescrits (art. 60 et 61 let. a LPGA), le recours est recevable. 2. Est, en premier lieu, litigieuse la question de savoir si les conditions de reconsidération sont réunies. > 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. Selon cette disposition, qui formalise un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 133 V 50 consid. 4.1). > 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, ou encore lorsqu'elles ont été correctement appliquées sur la base d'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. L'irrégularité doit être manifeste (« zweifellos unrichtig »), 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. 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 réalisées (ATF non publiés du 14 mars 2008, 9C_71/2008, consid. 2 et du 18 octobre 2007, 9C_575/2007, consid. 2.2). b. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA). > La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances, 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). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (ATF 127 V 299).

c. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci, il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. 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. Lorsqu'il convient

d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'il se consacre en outre à ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA). Ains, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). d. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3; 126 V 360 consid. 5b). Si le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves est convaincu 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. (ATF 124 V 94 consid. 4b; 122 V 162 consid. 1d). 3. En l'espèce, la décision d'octroi de prestations en 1998 était fondée sur un rapport succinct du Dr A_____, qui estimait l'incapacité de travail à 50%, sans préciser si cette incapacité se rapportait à un plein temps ou à une activité à temps partiel. Il est ressorti de l'enquête ménagère que la recourante ne rencontrait pas d'empêchement dans sa sphère ménagère. Selon les indications fournies par cette dernière, elle aurait travaillé à 50% si elle avait été en bonne santé. La décision de 1998 a ensuite été rendue, sans que le point de savoir si le Dr A_____ estimait la capacité de travail de 50% sur un emploi à plein temps ou non. Compte tenu du statut mixte retenu (50% activité professionnelle et 50% activité ménagère), ce point méritait cependant clarification. Lors de la révision de 2005, il n'a toutefois pas été clarifié, le Dr A_____ confirmant uniquement que l'état de santé était stationnaire. A l'occasion de la révision de 2008, l'assurée a précisé qu'elle exerçait depuis trois ans une activité à 25% dans le domaine du transport de personnes, en sus des emplois ponctuels pour X_____. Le SMR a procédé à une évaluation circonstanciée de l'état de santé et constaté que celui-ci ne s'était pas modifié. Il a retenu que l'assurée travaillait à 50% (le matin, avant le repas de midi, après celui-ci et le soir) et subissait une incapacité de travail de 50%. La capacité de travail à 50% était exigible tant dans l'activité actuelle que dans une activité adaptée. L'intimé n'a cependant pas tiré les conclusions, qui s'imposaient au vu de

ces éléments. En effet, alors qu'une capacité de travail à 50% était retenue, il a omis de répercuter ce fait au regard du statut mixte de l'assurée. La décision du 9 octobre 2008 était ainsi manifestement erronée. Il n'apparaît pas qu'elle procédait d'une appréciation, qui aurait pu être différente. En réalité, le degré d'invalidité a été établi de manière non conforme au droit. En effet, au vu du statut mixte de l'assurée, qui ne s'était modifié depuis l'octroi des prestations, il aurait fallu évaluer, d'une part, l'incapacité de travail dans la sphère professionnelle et, d'autre part, examiner celle prévalant dans la sphère ménagère, puis déterminer le degré d'invalidité en fonction du pourcentage propre à ces deux activités. L'activité ménagère n'étant pas entravée et la capacité de travail exigible étant de 50%, le degré d'invalidité s'agissant de la sphère professionnelle aurait dû être déterminé en fonction de la comparaison des revenus. La reprise telle quelle de l'incapacité de travail de 50% dans la sphère professionnelle, sans pondération liée au statut mixte était contraire aux dispositions et principes légaux relatifs à l'établissement du degré d'invalidité (cf. consid. 2c supra). Partant, l'intimé était fondé à procéder à une reconsidération. 4. Il convient ainsi de réexaminer le statut de la recourante ainsi que sa capacité de travail et ses éventuels empêchements dans la sphère ménagère.

a. 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 étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). 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 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). b. En l'espèce, la note d'entretien établie le 19 janvier 2011 par l'enquêtrice, qui s'est rendue au domicile de la recourante, indique que celle-ci avait confirmé qu'elle travaillerait à 50% si elle était en bonne santé, car elle bénéficiait des prestations de l'OCPA et vivait avec le père de son enfant. Elle n'avait cependant pas retrouvé d'emploi à 50%, malgré ses recherches. La recourante conteste avoir donné de telles indications; elle soutient que si elle n'était pas invalide, elle ne bénéficierait pas des prestations de l'OCPA et aurait ainsi travaillé à 100%, dès la majorité de son fils. Il est exact que sans invalidité, la recourante ne bénéficierait pas des prestations complémentaires. Cela étant, ce seul constat ne permet pas d'invalider la transcription des propos faite par l'enquêtrice. En effet, en 1997, la recourante avait déclaré que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 50% pour participer aux charges de la famille. A l'époque déjà son compagnon percevait une demi-rente de l'assurance-invalidité ainsi que des prestations de l'assurance-chômage. Son CV présenté à l'assurance-chômage mentionnait qu'elle avait un enfant, dont la garde était assurée. Il n'apparaît donc nullement que le choix de la recourante de travailler à 50% si elle n'avait pas été malade était, à l'époque, lié au jeune âge de son enfant. La majorité de ce dernier ne peut ainsi être retenue comme un critère permettant de considérer que la recourante aurait dès ce moment augmenté son taux d'activité, si elle n'avait pas été invalide. Par ailleurs, les revenus réalisés par la recourante entre 1984 et

1992, à savoir en moyenne des revenus bruts de 28'000 fr. par année, hormis les années 1989 et 1990, démontrent tant au vu de leur quotité qu'en comparaison avec ceux réalisés en 1989 et 1990 (de 46'461 fr. et 56'717 fr.) que la recourante ne travaillait, avant la naissance de son fils en 1993, pas à 100%. Il ne paraît ainsi pas selon une vraisemblance prépondérante que sans invalidité, elle aurait, en décembre 2012, travaillé à plein temps. Au vu de ces éléments, l'audition de la sœur de la recourante – dont le témoignage serait de toute manière à apprécier avec circonspection compte tenu lien de parenté unissant les sœurs - ne serait pas de nature à modifier l'appréciation de la Cour, de sorte qu'il y est renoncé. Il n'y a donc pas lieu de douter que l'enquêtrice a correctement retranscrit les propos de l'assurée, selon lesquels, sans invalidité, elle travaillerait à 50%. Il convient ainsi de retenir un statut mixte pour la recourante, qui aurait exercé, sans invalidité, une activité professionnelle à 50% et consacré l'autre 50% à des tâches ménagères. 5. Se pose ensuite la question de déterminer l'incapacité de travail, respectivement l'empêchement dans les tâches ménagères.!

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, le juge 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). 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. 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).

b. Il ressort des rapports médicaux aux dossiers que la recourante a une capacité de travail de 50%. Ce taux est confirmé par ses médecins-traitant. L'incapacité de travail à 50% est motivée par la fatigue occasionnée par le traitement lié à la séropositivité de la recourante. Le Dr A_____ avait déjà relevé en 1996 l'importante fatigue liée à la médication. En 2005, le Dr A_____ a constaté que l'état de santé était stationnaire, aucun changement dans le diagnostic n'était survenu. Dans son rapport de 2008, le Dr E_____, médecin du SMR, a également expliqué l'incapacité de travail à 50% en raison de l'asthénie. En 2010, le Dr B_____ a considéré que l'état de santé était stable. Il a relevé en juillet 2011 que la capacité de travail à 50%, dans l'activité exercée par la recourante, devait permettre à sa patiente d'assumer son traitement HIV et les effets qui y sont liés. Au vu de l'ensemble de ces appréciations concordantes, la Cour n'a pas besoin de mandater un expert, comme le souhaiterait la recourante, ni procéder à d'autres actes d'instruction, en vue d'établir l'incapacité de travail liée à la fatigue, de 50% dans l'activité exercée à mi-temps. Les cervicalgies, le syndrome ulnaire au coude droit et le tunnel carpien droit, traités par le Dr C_____, orthopédiste, n'ont, selon ce spécialiste, pas de caractère invalidant, ce qu'aucun n'élément au dossier ne permet de remettre en question; l'assurée ne le soutient d'ailleurs pas. Le Dr C_____ a cependant précisé que l'incapacité de 50% concernait le fait de soulever des poids excédant 5 kg, de se pencher et de travailler au-dessus de la tête. L'assurée ne pouvait pas non plus monter sur une échelle ou un échafaudage. Enfin, d'un point de vue psychiatrique, l'expert a conclu à une pleine capacité de travail dans le

poste occupé par la recourante, l'épisode de dépression consécutif à l'annonce du projet de suppression de rente étant en rémission. L'analyse de l'expert psychiatre est fondée sur une anamnèse complète, l'étude des rapports médicaux, un échange avec le médecin-traitant, deux entretiens d'une durée totale de cinq heures avec l'expertisée avec la passation de tests psychométriques. Elle tient dûment compte des plaintes de l'assurée et de leurs répercussions sur sa vie quotidienne. Enfin, l'expert a procédé à une discussion circonstanciée permettant de comprendre ses conclusions. Celles-ci sont claires et ne présentent aucune contradiction ni entre elles ni avec le corps de l'expertise. Le courrier du Dr B _____ du 10 janvier 2013, qui n'est pas psychiatre, ne permet pas de remettre en cause l'appréciation de l'expert. Il évoque un "état dépressif chronique invalidant", sans cependant étayer son diagnostic, ni expliquer en quoi l'appréciation de l'expert serait erronée. En outre, il recommande de maintenir la demi-rente pour des raisons physiques et psychiques, concluant ainsi implicitement à une incapacité de travail à 50%. Au vu de ce qui précède, la Cour retiendra que la recourante a une capacité de travail de 50%, dans une activité ne nécessitant pas qu'elle doive porter des charges excédant 5 kg, se pencher ou travailler au-dessus de sa tête. c. Dès lors que l'assurée exerce une activité compatible avec ses limitations fonctionnelles, l'intimé s'est, à juste titre, fondé sur le revenu qu'elle réalisait en 2010, année de révision de la rente. Se basant sur les informations ressortant du contrat de travail, il a correctement constaté que le revenu annuel brut d'invalidé en 2010 s'est élevé à 15'480 fr. Au moment où le droit aux prestations de l'intimé a pris effet, le 8 août 1996, la recourante était sans emploi, les prestations de l'assurance-chômage, versées depuis septembre 1994, ayant pris fin le 31 mai 1996. A défaut d'indications concrètes sur lesquelles il est possible de se baser pour établir le revenu que la recourante aurait réalisé en 2010 en travaillant à mi-temps, si elle n'était pas partiellement incapable de travailler, il convient de se référer aux données statistiques ressortant de tables de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Selon celles-ci (année 2008), une femme exerçant une activité simple et répétitive, ne nécessitant pas de formation, pouvait réaliser, à mi-temps, un revenu indexé en 2010 de 26'506 fr. par an. La perte de gain résultant de la comparaison des revenus est de 42%. La recourante exerçant une activité lucrative à 50%, son degré d'invalidité, dans la sphère professionnelle, est de 21%. 6. Reste à examiner si la recourante subit des empêchements dans sa sphère ménagère. a. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97). Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante. b. Lors de l'enquête réalisée en 1997, il avait été constaté que l'assurée était ralentie dans la préparation du repas et l'entretien du logement et se sentait très fatiguée lorsqu'elle achetait beaucoup de provisions. Il ne s'agissait cependant pas d'empêchements invalidants. L'enquête menée en 2011 a retenu qu'aucun empêchement dans la sphère ménagère n'avait été constaté en 1998 et que l'état de santé de la recourante ne s'était pas péjoré depuis lors. Partant, elle a conclu à l'absence d'empêchement dans ce domaine. Cette analyse fait cependant abstraction du fait que l'état de santé de la recourante s'est modifié depuis 1997. En effet, le Dr C _____ a relevé

que la recourante ne devait pas soulever des poids excédant 5 kg, se pencher et travailler au-dessus de la tête, ni monter sur une échelle. En outre, elle n'intègre pas l'élément le plus invalidant pour la recourante qu'est l'importante fatigue induite par la médication qu'elle suit. Par ailleurs, la situation professionnelle de la recourante a changé puisque lors de l'enquête menée en 1997, elle était sans emploi, alors qu'en 2011, elle travaillait à 25%. Or, la nécessité pour la recourante de se reposer après ses heures de travail a été soulignée par l'ensemble des médecins, qui se sont prononcés sur son état de santé. L'enquête ménagère conduite en 2011 n'intègre pas ces éléments, ni a fortiori n'explique dans quelle mesure ils entraînent ou non un empêchement dans la sphère ménagère. La Cour n'est ainsi pas en mesure de déterminer l'éventuelle invalidité en résultant. Le dossier étant insuffisamment instruit sur ce point, la cause sera renvoyée à l'intimée afin qu'elle complète l'instruction. Une fois déterminée l'éventuelle l'invalidité subie par la recourante dans sa sphère ménagère, il conviendra de fixer le degré d'invalidité au regard de son statut mixte, en retenant une activité professionnelle à 50% (dans laquelle elle subit une invalidité de 21%) et une activité ménagère à 50%.

7. Le recours est donc partiellement admis. L'intimé s'acquittera ainsi d'un émolument de 300 fr. (art. 69 al. 1bis LAI) et d'une indemnité à titre de participation à aux honoraires de la recourante de 800 fr. (art. 1 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA).

*** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet partiellement et annule la décision du 20 décembre 2012.

3. Constate que l'invalidité de la recourante sur le plan professionnel est de 21% et renvoie la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

4. Met un émolument de 300 fr. à la charge de l'intimé.

5. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 800 fr. à titre de participation à ses honoraires d'avocat.

6. 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 Brigitte BABEL La présidente Florence KRAUSKOPF Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le