

GE_GERICHTE A/4261/2011 vom 6. Februar 2012

GE Cour de justice, 2012-02-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4261_2011

FR: GE_GERICHTE A/4261/2011 du 6 février 2012

IT: GE_GERICHTE A/4261/2011 del 6 febbraio 2012

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 06.02.2012
A/4261/2011

A/4261/2011 ATAS/83/2012 du 06.02.2012 (AI) Recours TF déposé le 15.03.2012, rendu le 11.04.2012, IRRECEVABLE En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/4261/2011 ATAS/83/2012 COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales Arrêt incident du 6 février 2012 6ème Chambre En la cause Madame C _____, domiciliée à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BROTO Diane recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Mme C _____ (ci-après : l'assurée) née en 1961, mariée, originaire du Portugal, mère d'un enfant né en 1992 est titulaire d'une autorisation d'établissement C depuis 1990. Elle a exercé comme femme de chambre/lingerie/gouvernante pour l'hôtel X _____ du 27 avril 1987 au 31 décembre 1993 à plein temps, pour un salaire en 1993 annuel de 35'280 fr., puis du 3 au 16 janvier 1994 à l'hôtel Y _____ SA. En novembre 1993, l'assurée a présenté une tendinite achilléenne gauche, avec douleurs au pied gauche motivant une incapacité de travail du 9 au 29 novembre 1993. En janvier 1994, les douleurs sont réapparues et le 18 mai 1994, l'assurée a subi une intervention chirurgicale au niveau du tendon d'Achille gauche. Depuis lors, l'assurée a ressenti des douleurs, présenté une légère enflure du dos du pied et a porté des supports plantaires en permanence. L'assurée a bénéficié d'indemnités de l'assurance-chômage du 17 janvier 1994 au 16 janvier 1996, avec une période de prise en charge PCMM (prestations cantonales en cas de maladie) dès lors qu'elle a été en arrêt de travail du 31 janvier au 22 avril 1994, puis du 8 février au 12 juin 1995 et dès le 15 novembre 1995. Le 19 septembre 1994, le Dr M _____, FMH médecine interne, médecin conseil de l'Office cantonal de l'emploi (OCE), a fixé, à la demande de l'OCE, une reprise du travail comme femme de ménage possible à 50 % dès le 3 octobre 1994 et à 100 % dès le 17 octobre 1994; le 19 mai 1995, il a constaté des douleurs réfractaires du pied gauche empêchant une activité de femme de ménage mais autorisant une activité adaptée à 100 % dès le 12 juin 1995. L'assurée a été vue à la consultation commune de la douleur et des soins palliatifs des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) les 17 août, 2 octobre et 13 novembre 1995, laquelle a relevé que l'assurée ressentait des fourmillement et des décharges au pied gauche depuis l'intervention de mai 1994. Une scintigraphie osseuse du pied gauche montrait une atteinte inflammatoire (rapport du 16 octobre 1995). Le 20 novembre 1995, il a été relevé qu'il n'y avait pas de processus inflammatoire et le traitement a été adapté le 26 février 1996, en raison d'un diagnostic de fibromyalgie et du constat que la symptomatologie douloureuse du pied gauche n'avait pas changé (rapport du 11 mars 1996). Le 5 janvier 1996, le Dr N _____, FMH médecine interne rhumatologie, de la permanence de Chantepoulet, a adressé la patiente au service de rhumatologie de l'hôpital Beau-Séjour en mentionnant que le pied était toujours douloureux.

Le 16 janvier 1996, l'assurée a déposé une demande de prestation de l'assurance-invalidité en raison d'une tendinite au pied gauche et de douleurs dans toutes les articulations du corps. Le 1^{er} février 1996, la division de rhumatologie des HUG a diagnostiqué un probable syndrome du canal tarsien et une fibromyalgie, dont tous les points étaient positifs, en relevant que les plaintes de celle-ci étaient au premier plan. L'assurée était connue pour un pied bot à gauche. Elle avait développé des douleurs dans toutes les articulations. Le 9 septembre 1996, le Dr N_____ a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 15 novembre 1995 en raison d'une fibromyalgie primaire, de douleurs neurogènes chroniques du pied gauche sur probable syndrome du canal tarsien et d'un status après intervention chirurgicale au niveau du tendon d'Achille gauche en mai 1994. Les douleurs au pied gauche étaient aggravées par la station debout. En position assise ou debout des douleurs lombaires et aux hanches apparaissaient. L'ancienne activité de femme de chambre était impossible. Dans un travail assis, la capacité était de 50 % au début et peut-être totale, sous réserve que la fibromyalgie ne s'aggrave pas. Le 1^{er} décembre 1997, le Dr O_____, médecin de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), a proposé de prévoir, au départ, une capacité de travail de 50 % dans une activité essentiellement assise et revoir à un an, avec éventuellement une aide au placement. L'activité debout (prolongée) n'était plus possible en raison de l'atteinte de la cheville et du mollet gauche et non pas de la fibromyalgie. Par projet de décision du 14 août 1998, l'OAI a informé l'assurée que le début de l'incapacité de travail durable était fixé au 15 novembre 1995, de sorte que le début du droit aux prestations naissait au plus tôt le 1^{er} novembre 1996. Compte tenu d'un revenu d'invalidé possible à 50 % de 20'000 fr. (activité de servante de machine, dans l'industrie légère ou dans l'horlogerie) et d'un revenu sans invalidité de 36'000 fr., le taux d'invalidité était de 45 %, justifiant l'octroi d'un quart de rente AI dès le 1^{er} novembre 1996. Le 14 octobre 1998, le Dr N_____ a indiqué que les troubles et douleurs de la cheville gauche avaient débuté le 9 novembre 1993, que la patiente avait été opérée le 18 mai 1994 et que l'évolution avait été défavorable en raison de douleurs chroniques du pied gauche. Le 22 octobre 1998, l'assurée, représentée par la Winterthur Arag, a requis l'octroi d'une demi-rente AI dès le 1^{er} février 1995 jusqu'au 31 juillet 1995 et à un quart de rente ensuite, au motif que le revenu d'invalidé était inférieur à 20'000 fr. pendant les six premiers mois d'emploi. Le 28 mars 2000, l'assurée a demandé à l'OAI qu'une décision formelle soit rendue et indiqué qu'elle était finalement d'accord avec l'octroi d'un quart de rente dès le 1^{er} novembre 1996. Elle requérait aussi une aide au placement. Par décisions du 11 janvier 2001, l'OAI a octroyé à l'assurée un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 1996, fondé sur un taux d'invalidité de 45 %. L'assurée a bénéficié d'une demi-rente pour cas pénible. Le 1^{er} septembre 2003, l'assurée a demandé à l'OAI un reclassement professionnel. Le 24 octobre 2003, le Dr P_____, FMH en neurologie, a attesté que l'examen clinique et ENMG étaient dans la limite de la norme. Le 20 novembre 2003, l'OAI a transmis à l'assurée le questionnaire pour la révision de la rente. Le 4 décembre 2003, l'assurée a indiqué que son état s'était aggravé en raison de l'augmentation des douleurs dans le corps dues à la fibromyalgie et au dos dues au mauvais appui du pied. Le 16 décembre 2003, le Dr Q_____, FMH neurologie-psychiatrie-psychothérapie, a rempli un rapport médical AI dans lequel il a déclaré suivre l'assurée depuis le 8 mai 2003 et diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F 43.22) depuis mars 2003, une personnalité dépendante (F 60.7) et une fibromyalgie en tout cas depuis 1994. L'époux de l'assurée l'avait quittée en novembre 2003. Elle pouvait fonctionner dans son ménage mais était incapable de poursuivre un effort physique ou

intellectuel prolongé et de résister aux pressions qu'elle subissait. Le 22 décembre 2004, le Dr N_____ a rempli un rapport médical intermédiaire AI dans lequel il a indiqué que l'état de santé s'était aggravé par l'apparition de lombalgies chroniques depuis un an, de périarthropathie de l'épaule droite et de cervicalgies par surcharge cinétique de troubles statiques et d'un état anxio-dépressif en traitement. Il a mentionné qu'en 2003 et 2004 il avait vu la patiente à plusieurs reprises pour des gonalgies secondaires à des décompensations d'une chondropathie rotulienne nécessitant une physiothérapie avec renforcement musculaire, des dorsalgies, une labilité émotionnelle, des douleurs plus marquées de l'hémicorps droit, le tout motivant une nouvelle prise en charge psychiatrique pendant l'été 2004. La patiente souffrait de douleurs chroniques et d'un état anxiodépressif se décompensant par moment, avec forte anxiété et recrudescence douloureuse. Elle nécessitait un suivi régulier et prenait des antidépresseurs qui ne permettaient pas toujours de bien stabiliser la symptomatologie. Il ne pensait pas qu'elle puisse reprendre un quelconque travail. La patiente souffrait toujours de ses douleurs neurogènes chroniques du pied gauche. L'état de santé s'était modifié sensiblement par des lombalgies aggravées en position debout, secondaires à des troubles statiques et une hypotrophie de la sangle abdominale, des cervicalgies sur arthrose modérée C5-C6 et un état dépressif réactionnel (séparation officielle en mars 2004) entraînant une aggravation subjective des douleurs poly-insertionnelles. Elle souffrait toujours d'une tendinite chronique achilléenne gauche entraînant une boiterie et une limitation fonctionnelle à 90° de flexion. L'aggravation était devenue manifeste depuis début 2003. Une dénonciation à l'OAI du 22 février 2005 a mentionné que l'assurée gardait des enfants le matin et travaillait comme femme de ménage chez un privé. Le 23 février 2005, le Dr Q_____ a rempli un rapport médical intermédiaire AI indiquant que l'état de santé de la patiente s'était amélioré psychiquement depuis octobre 2003 car il y avait moins de pression de la part de son mari. Les douleurs fibromyalgiques persistaient. Le 21 décembre 2005, l'assurée a été vue au SMR par les Drs R_____, FMH médecine interne rhumatologie, et S_____, psychiatre FMH. Dans leur rapport du 22 février 2006, ils ont relevé que dès 2003 l'assurée avait travaillé comme femme de ménage deux heures et demies par jour quatre jours par semaine mais avait cessé la garde d'enfants et ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de cervico-dorsolombalgies chroniques persistantes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs étagés (M 54.9), discret conflit sous-acromial de l'épaule gauche, syndrome rotulien bilatéral prédominant à gauche, limitation de mobilité de la cheville gauche. Il n'y avait pas de diagnostic psychiatrique. Il y avait eu une aggravation objective de la situation somatique depuis 1996. Si le diagnostic de fibromyalgie était présent en 1995 et 1996, posé par des spécialistes, il était actuellement inadéquat. Il existait des lésions ostéoarticulaires dégénératives indéniables, à foyers multiples, qui entraînaient des limitations fonctionnelles nombreuses. Une activité strictement respectueuse des diverses limitations fonctionnelles était exigible à 100 % depuis 2003, date de l'aggravation signalée par le médecin-traitant. L'activité de femme de ménage n'était possible qu'à 50 %. Le rapport du SMR a été signé à nouveau le 3 avril 2007 par la Dresse T_____, médecin chef SMR. Le 24 février 2006, la Dresse U_____ du SMR a relevé qu'en 1998 la capacité de travail de 50 % reposait sur le seul diagnostic de fibromyalgie, lequel n'existait plus actuellement. L'état de fait était ainsi différent. Le 12 avril 2006, le Dr V_____, chef de clinique au service de neurochirurgie des HUG, a constaté une aggravation des douleurs depuis quelques mois et des discopathies pluri-étagées associées à un rétrécissement canalaire en L4-L5 et L5-S1 et indiqué qu'un bilan radiographique et IRM

était nécessaire pour juger de l'état des disques intervertébraux. Le 6 septembre 2006, le Dr V_____ a constaté, selon un bilan radiologique récent, une discopathie L5 et S1 sous forme de pincement discal entraînant probablement les douleurs. Il n'y avait pas d'indication chirurgicale mais le port d'un corset était conseillé. Le 3 octobre 2006, l'assurée a demandé à l'OAI le remboursement d'un corset lombaire selon l'ordonnance du Dr V_____ des HUG. Par communication du 25 octobre 2006, l'OAI a pris en charge les frais du corset lombaire. Le 8 décembre 2006, le Dr N_____ a attesté que l'état de santé s'aggravait. En raison d'une recrudescence des douleurs en 2006, la patiente avait été adressée au Dr V_____. Le port du corset lombaire améliorait les douleurs. Elle continuait son travail à 50 % comme femme de ménage, débuté en 2000 ou 2001, mais ne pouvait avoir un rendement plus élevé au vu des pathologies ostéo-articulaires connues. Le 22 janvier 2008, la Dresse U_____ a relevé que la fibromyalgie ne pouvait plus être retenue actuellement. Le 21 février 2008, la réadaptation professionnelle a calculé un taux d'invalidité de 0 %, compte tenu, en 2006, d'un revenu annuel sans invalidité de 44'748 fr. (fondé en l'absence d'activité depuis de nombreuses années, sur l'ESS 2006 TA 7, niveau 4 ligne 37 pour une femme) et d'un revenu annuel raisonnablement exigible avec invalidité de 44'782 fr. (fondé sur l'ESS 2006, tableau TA1 pour femme, niveau 4, à 100 %, avec une déduction de 10 %). Par projet de décision du 5 mars 2008, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée en relevant qu'en 1998, la capacité de travail de 50 % reposait uniquement sur le diagnostic de fibromyalgie, lequel n'était actuellement plus une maladie invalidante au sens de l'assurance-invalidité. Sur le plan somatique, il existait de nouvelles atteintes mais une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Le 4 avril 2008, le Dr N_____ a attesté qu'en raison de lombalgies sur micro-instabilité nécessitant le port d'un corset lombaire depuis 2006, la patiente ne pouvait, même dans une activité adaptée, travailler à 100 %. Elle souffrait en outre de cervicalgies et d'une pathologie de l'épaule droite qui rendaient une hypothétique activité complète très difficile à envisager. En outre cette patiente ne pouvait pas rester debout très longtemps en raison d'une amyotrophie de la jambe gauche, de douleurs de la cheville gauche lors de station debout prolongée, associées à des tuméfactions (status postopératoire). Pour la patiente, il y avait une difficulté supplémentaire à retrouver un poste sur le marché du travail en raison des limitations fonctionnelles qui pouvaient survenir si elle envisageait une activité à 100 % (possibilité de rechute du problème de l'épaule droite, de lombalgies et de douleurs du MIG). Il ne semblait pas correct d'envisager chez cette personne une reprise complète de son activité de travail sans évaluer de manière concrète le handicap, bilan qui n'avait pu être évalué lors d'une simple visite médicale il y avait deux ans. Si l'on souhaitait interrompre complètement la rente partielle, cela devrait s'accompagner par des mesures d'accompagnement et d'aide à la réinsertion. De cette manière, on pourrait évaluer de manière beaucoup plus objective le handicap dont elle souffrait et qui ne lui permettait pas de travailler au-delà de 50 %, même dans une activité adaptée. Le 9 avril 2008, l'assurée a écrit à l'OAI qu'elle exerçait l'activité de femme de ménage avec grandes difficultés, qu'elle avait surtout des problèmes de dos qui l'obligeaient à porter un corset lombaire et qu'elle n'avait pas trouvé un autre travail que celui de femme de ménage. Le 25 avril 2008, la Dresse U_____ a confirmé l'avis du SMR du 24 février 2006 et indiqué "comme déjà mentionné dans l'avis médical du 24 février 2006, la jurisprudence pour la fibromyalgie n'existait pas en 1998 raison pour laquelle il s'agit d'une évaluation différente mais d'un même état de fait. Nous ne pouvons pas retenir maintenant une pleine capacité de travail exigible dans une activité adaptée et supprimer la rente comme cela a été fait". Par décision du 30 avril 2008, déclarée exécutoire

nonobstant recours, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée en mentionnant que bien qu'une aggravation de l'état de santé ait été constatée, la capacité de travail était de 100 % dans une activité adaptée. Le 3 juin 2008, le Dr N_____ a recommandé que l'assurée subisse une expertise médicale afin d'évaluer sa capacité de travail dès que possible. Le 5 juin 2008, l'assurée, représentée par une avocate, a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (cause A/1991/2008) en concluant, préalablement, à la restitution de l'effet suspensif, à l'octroi d'un délai de trois mois afin de procéder à une contre-expertise privée et, principalement, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. Elle était obligée de porter son corset toute la journée, voire même la nuit et ne pouvait maintenir une position assise plus de quinze minutes. Le Dr N_____ estimait qu'elle ne pouvait travailler à 100 % en raison de lombalgies. Son avis était plus récent que celui du SMR, lequel admettait néanmoins que son cas s'était aggravé. Une contre-expertise était indispensable. Si l'effet suspensif était ordonné et qu'elle doive finalement restituer la rente versée, elle pourrait le faire compte tenu du fait qu'elle travaillait à 25 %. Le 30 juin 2008, l'OAI a conclu au rejet de la demande de restitution de l'effet suspensif et à celui du recours. Par arrêt incident du 9 juillet 2008 (ATAS/814/2008) le Tribunal cantonal des assurances sociales a restitué l'effet suspensif au recours dans le sens que la recourante avait droit au versement d'un quart de rente d'invalidité depuis le jour de sa suppression. Depuis le 15 janvier 2009, l'assurée exerce une activité de concierge pour la régie Z_____ à raison de 3,5 heures par jour (8,4 heures par jour pour un 100 %) soit à environ 40 % et pour un salaire de 1'600 fr. par mois depuis octobre 2010 (antérieurement de 974 fr. 95 par mois). Par arrêt du 15 septembre 2008 (ATAS/1009/2008), le Tribunal cantonal des assurances sociales a admis le recours, annulé la décision litigieuse et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire par le biais d'une expertise et nouvelle décision. A la demande de l'OAI, la Dresse G_____, FMH rhumatologie interniste, du Bureau romand d'expertises médicales à Vevey (BREM), a rendu une expertise le 23 février 2009, fondée notamment sur un examen du 26 janvier 2009 et des radiographies de la colonne cervicale, dorsale, des épaules, des chevilles et pieds du 10 février 2009 et un examen de laboratoire du 26 janvier 2009. L'assurée se plaignait de douleurs à l'épaule et au bras droit, au genou gauche, au médiotarse, à la nuque, dans la région du sacrum et des crêtes iliaques postérieures. L'experte a posé les diagnostics de spondylodiscarthrose sans myélopathie ni raticulopathie M47.8, tendinite achilléenne chronique avec défaut d'axe de l'arrière-pied gauche M76.6, PSH prédominant à droite M75.1 et syndrome rotulien bilatéral prédominant à gauche M22.4. Elle souffrait d'un état douloureux du pied chronique. Elle présentait une malformation unilatérale du pied gauche, un arrière pied en varus symptomatique depuis 1993 sous forme d'une tendinite achillienne rebelle. L'état douloureux s'était aggravé en 2004. Depuis 2003, le SMR avait reconnu une aggravation au plan somatique. Entre 1996 et 2008, la situation médicale avait été analysée de manière différente. Des douleurs multiples que l'on pouvait attribuer à des troubles musculo-squelettiques par surmenage, entité proche des douleurs d'insertion de fibromyalgie, étaient apparues au moment où l'assurée cumulait une activité physique pénible à 100 % et des tâches ménagères avec un enfant en bas âge. Actuellement les critères pour confirmer un symptôme fibromyalgique associé n'étaient plus présents. L'assurée travaillait les après-midis comme femme de ménage, en portant son corset. La situation au plan clinique était stationnaire par rapport à l'examen du Dr R_____ du SMR en 2005 et les limitations fonctionnelles décrites restaient d'actualité. Au plan radiologique il y avait une discrète aggravation des lésions spondylo-discarthrosiques, sans

limitations fonctionnelles supplémentaires. Le fait de porter un corset ne constituait pas un critère d'aggravation. L'assurée souhaitait retrouver une activité plus légère, adaptée; elle s'en sentait capable. La capacité de travail exigible était de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée, dans un poste de travail moyen à léger, permettant l'alternance de position. Pour que la capacité de travail ne soit que de 50 % dans une activité adaptée, il fallait la présence de comorbidités qui s'ajoutaient à la problématique articulaire. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : Rachis : Activité principalement sédentaire, alternance des positions 1x/heure, pas de porte-à-faux, pas de ports de charges répétitifs supérieurs à 5 kg et occasionnel de plus de 8 kg. Epaule droite : Pas de travail répétitif et en charge en dessus de l'horizontale ni des charges supérieures à 5 kg pour chaque bras. Genoux : Eviter les activités à genoux, accroupie, éviter de devoir monter de manière répétitive sur des escabeaux, échelle, ou sur un sol instable. Cheville et pied gauche : Mêmes limitations que pour les genoux en évitant de devoir continuellement se déplacer sur le lieu de travail. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient théoriquement depuis 1993 envisageables. Le 10 mars 2009, le Dr E_____ du SMR a repris les conclusions de l'expertise. Le 28 juin 2009, à la demande de l'OAI, l'assurée a indiqué qu'elle travaillait comme concierge pour la régie Z_____ et qu'elle cesserait de travailler pour Mme F_____ le 30 juin 2009 (10 heures par mois). Elle a joint un courrier du 11 juin 2009 de Mme F_____ indiquant que l'assurée cesserait de travailler au 30 juin 2009 et un contrat de travail avec la régie Z_____ selon lequel le contrat de conciergerie débutait le 15 juin 2009 pour un salaire mensuel brut de 974 fr. 95. Une IRM lombaire du 3 décembre 2009 a conclu à une dégénérescence discale étagée de L2-L3 jusqu'à L5-S1, une protrusion discale L2-L3, de localisation paramédiane droite, sans conflit radiculaire, une protrusion discale L3-L4 circonférentielle mais sans conflit radiculaire, une apparition d'une hernie discale L4-L5, de localisation paramédiane droite et foraminale en conflit discret avec la racine L5 droite, une protrusion discale L5-S1, sans conflit radiculaire, une sclérose de surcharge des facettes articulaires postérieures et une cône médullaire de topographie normale et de signal homogène. Le 30 novembre 2010, la régie Z_____ a rempli le questionnaire AI pour l'employeur en mentionnant un engagement depuis le 15 janvier 2009 à raison de 17 heures par semaine; l'horaire normal de travail était de 42 heures pour un salaire mensuel brut de 900 fr. (10'530 fr. avaient été versés en 2009 à l'assuré et 12'550 fr. en 2010). Par projet de décision du 15 juin 2011, l'OAI a supprimé le quart de rente d'invalidité de l'assurée en relevant que le degré d'invalidité était nul. Le revenu d'invalidité se fondait sur l'ESS 2006, TA1, niveau 4, avec une réduction de 10 % (salaire brut annuel de 44'782 fr.) et le revenu sans invalidité était fondé sur l'ESS 2006, TA7 niveau 4 ligne 37 (salaire brut annuel de 44'748 fr.). Le SMR avait constaté que l'état de santé était stationnaire et qu'elle continuait de présenter une capacité de travail de 50 % comme femme de ménage et de 100 % dans une activité adaptée. Le 5 septembre 2011, l'assurée a été entendue à l'OAI. Elle a relevé que son état de santé s'était aggravé depuis décembre 2010 et transmis un rapport du Dr N_____ du 1^{er} septembre 2011 selon lequel l'assurée ne pouvait pas travailler à plus de 50 % dans toute activité adaptée, comme il l'avait indiqué le 4 avril 2008. Depuis cette date aucune amélioration n'avait été constatée. Elle souffrait de lombalgies chroniques, portait un corset lombaire de manière journalière depuis 2006, souffrait de tuméfaction persistante et de douleurs de la malléole et du tendon d'Achille du pied gauche, d'un syndrome rotulien chronique au genou gauche avec tuméfaction récidivante nécessitant l'utilisation d'AINS chaque jour (Méfénacide) ou d'antalgiques (paracétamol, codéine). Il y avait persistance des

douleurs de l'épaule droite (conflit sous-acromial). En raison d'une recrudescence de lombalgies une IRM avait été effectuée fin 2009 montrant des discopathies étagées et une hernie discale L4-L5 droite mais sans irradiation radiculaire. En l'état, le status demeurait inchangé de même que sa capacité de travail de 50 % dans son poste actuel de conciergerie ou dans un poste adapté. Le 2 novembre 2011, le Dr G _____ du SMR a confirmé les conclusions du SMR, le Dr N _____ n'ayant pas apporté de documentation permettant de former une comparaison avec celle de l'expertise du 26 janvier 2009. Par décision du 9 novembre 2011, l'OAI a supprimé le quart de rente de l'assurée. Le 12 décembre 2011, l'assurée, représentée par une avocate, a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice en concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} février 2010, à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle et, préalablement, à la restitution de l'effet suspensif au recours ainsi qu'à la tenue d'une contre expertise médicale. L'IRM du 3 décembre 2009 avait constaté une aggravation des lombalgies mécaniques L5-S1 et l'apparition d'une hernie discale. L'expertise du BREM n'était pas probante. Elle retenait des diagnostics différents de ceux posés par le Dr R _____, alors même que les atteintes constatées par celui-ci en 2005 étaient attestées par imageries. L'expertise avait retenu qu'elle avait pu mener à bien une seconde grossesse. Cependant celle-ci s'était déroulée il y avait près de quatorze ans et son état de santé s'était aggravé depuis. Le port du corset orthopédique avait été prescrit pour éviter une aggravation supplémentaire de l'arthrose et comprimait le ventre, le dos et la respiration. Depuis l'expertise de 2009, trois ans s'étaient écoulés avant que l'intimé ne rende sa décision et son état de santé s'était détérioré de sorte qu'une expertise judiciaire était nécessaire. Malgré la production d'une IRM du 3 décembre 2009, le SMR avait estimé qu'elle n'avait pas produit de documentation remettant en cause l'expertise. Le 19 décembre 2011, l'OAI a conclu au rejet de la requête d'effet suspensif en relevant qu'au vu de l'expertise du BREM du 23 février 2009 les chances de succès sur le fond n'apparaissaient pas évidentes à première vue. Le 3 janvier 2012, la Dresse U _____ a rendu un avis médical relevant que la hernie discale révélée par l'IRM du 3 décembre 2009, fait nouveau, dont le début était difficile à déterminer (entre 2005 et 2009 ?), était possiblement déjà présente lors de l'expertise de la Dresse G _____, laquelle était convaincante, que les limitations fonctionnelles relevées par les experts du SMR et du BREM étaient cohérentes avec les pathologies de l'assurée et avec les capacités de travail exigibles, qu'enfin le Dr N _____ avait indiqué que la hernie discale ne présentait pas d'irradiation radiculaire et que le status demeurait inchangé. Le 9 janvier 2012, l'intimé a conclu au rejet du recours et indiqué qu'une expertise n'était pas justifiée. Le 30 janvier 2012, la Cour de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. La recourante a déclaré : "Actuellement, je travaille à 40 % comme concierge et cela depuis 3 ans (janvier 2009). Je dois m'occuper de deux petits immeubles de 5 étages. J'assume le travail de nettoyage, soit laver les escaliers une fois par semaine et l'ascenseur tous les jours. Mon fils m'aide pour sortir les containers et laver les vitres. L'avantage de ce travail est l'horaire souple. Je peux organiser mes journées comme je le veux. Si je suis malade le matin, je peux inverser mes activités. En l'absence de mon fils, je demande l'aide du mari d'une amie, M. H _____ . Mon responsable d'immeuble de la régie Z _____ est au courant de cette situation. Avant, je travaillais pour un ménage privé, les F _____, à raison de 2 ½ heures par jour, à raison de 4 jours par semaine, comme femme de ménage. Actuellement, je porte toujours un corset pour le dos. J'ai des douleurs au dos et au pied gauche en raison d'une tendinite chronique et d'un pied bot. J'ai des difficultés à la marche, ce qui entraîne des

douleurs au bras et à l'épaule droits et j'ai un genou qui enflé depuis le début de mes problèmes de santé. En décembre 2009, mon état s'est aggravé. J'ai eu plus de douleurs et une IRM a démontré une nouvelle hernie discale. Il n'y a pas d'indication opératoire. Je prends des antidouleurs et des anti-inflammatoires tous les jours. Depuis 2001, mon état de santé s'est aggravé et je dois d'ailleurs porter un corset depuis 2007 environ. Je ne pourrais plus effectuer un travail de femme de ménage pour des privés en raison du rythme trop soutenu de ce travail; en raison, notamment du port du corset, je suis limitée dans mes mouvements. Sans le corset, mes douleurs empirent. J'arrive à assumer le 40 % de conciergerie, mais je ne me sens pas capable d'exercer une activité, même légère, à 100 %. Je ne peux pas rester ni assise, ni debout longtemps, ni faire des mouvements avec le bras droit. Quand je me suis séparée, mon ex-mari m'a dit qu'il allait pourrir ma vie et c'est lui-même et son entourage qui font des dénonciations à mon sujet. En particulier, je n'ai jamais fait des gardes d'enfants rémunérées. Lors de l'expertise de la Dresse G _____, cette dernière m'a envoyé faire des examens radiologiques complets. J'estime qu'en raison de ma nouvelle hernie discale ma capacité de travail est encore plus réduite. Au cas où la Cour renoncerait à une expertise judiciaire, je suis prête à me soumettre à une expertise privée. Actuellement, je vis avec mon salaire de 1'840 fr. et la pension alimentaire de ma fille de 700 fr. et l'allocation familiale". L'avocate de la recourante a déclaré que les examens radiologiques cités dans l'expertise de la Dresse G _____ devraient permettre de faire une comparaison avec la dernière IRM de décembre 2009 et que la Dresse U _____ partait de l'hypothèse que l'état de santé était le même lors de l'expertise de la Dresse G _____ que lors de la dernière IRM de décembre 2009, tout en considérant que l'hernie discale décelée en décembre 2009 était un fait nouveau, ce qui était contradictoire. La représentante de l'OAI a déclaré qu'il n'y avait dans le dossier de la recourante, qu'une dénonciation datant du 22 février 2005 et qu'il n'y avait pas matière à reconsidération, l'appréciation médicale qui avait conclu à une capacité de travail réduite de 50 % étant correcte. 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. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA). La recourante requiert préalablement la restitution de l'effet suspensif à son recours. a) Selon l'art. 54 al. 1 let. c LPGA, les décisions et les décisions sur opposition sont exécutoires lorsque l'effet suspensif attribué à une opposition ou à un recours a été retiré. La LPGA ne contient pas de dispositions propres sur l'effet suspensif. Selon l'art. 55 al. 1 LPGA, les points de procédure qui ne sont pas réglés de manière exhaustive aux art. 27 à 54 LPGA ou par les dispositions des lois spéciales sont régis par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA; RS 172.021). Selon l'art. 1 al. 3 PA, l'art. 55 al. 2 et 4 PA, concernant le retrait de l'effet suspensif, s'applique à la procédure devant les autorités cantonales de dernière instance qui ne statuent pas définitivement en vertu du droit public fédéral. Est réservé l'art. 97 LAVS relatif au retrait de l'effet suspensif pour les recours formés contre les décisions des caisses de compensation. Aux termes de l'art. 97 LAVS, applicable par analogie à l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 66 LAI (dispositions applicables en l'espèce, dans leur nouvelle teneur en vigueur depuis le 1 er janvier 2003), la caisse de compensation peut, dans sa décision, prévoir qu'un recours

éventuel n'aura pas d'effet suspensif, même si la décision porte sur une prestation pécuniaire; au surplus, l'art. 55 al. 2 à 4 PA est applicable. D'après la jurisprudence relative à l'art. 55 al. 1 PA, à laquelle l'entrée en vigueur de la LPGA et de l'OPGA n'a rien changé (arrêt P. du 24 février 2004, I 46/04), la possibilité de retirer l'effet suspensif au recours n'est pas subordonnée à la condition qu'il existe, dans le cas particulier, des circonstances tout à fait exceptionnelles qui justifient cette mesure. Il incombe bien plutôt à l'autorité appelée à statuer, en application de l'art. 55 PA, d'examiner si les motifs qui parlent en faveur de l'exécution immédiate de la décision l'emportent sur ceux qui peuvent être invoqués à l'appui de la solution contraire. L'autorité dispose sur ce point d'une certaine liberté d'appréciation. En général, elle se fondera sur l'état de fait tel qu'il résulte du dossier, sans effectuer de longues investigations supplémentaires. En procédant à la pesée des intérêts en présence, les prévisions sur l'issue du litige au fond peuvent également être prises en considération; il faut cependant qu'elles ne fassent aucun doute. Par ailleurs, l'autorité ne saurait retirer l'effet suspensif au recours lorsqu'elle n'a pas de raisons convaincantes pour le faire (ATF 124 V 88 consid. 6a, 117 V 191 consid. 2b et les références; ATFA du 19 septembre 2006, I 439/06). b) Dans le contexte de la révision du droit à la rente, l'intérêt de la personne assurée à pouvoir continuer à bénéficier de la rente qu'elle percevait jusqu'alors n'est pas d'une importance décisive, tant qu'il n'y a pas lieu d'admettre que, selon toute vraisemblance, elle l'emportera dans la cause principale. Ne saurait à cet égard constituer un élément déterminant la situation matérielle difficile dans laquelle se trouve la personne assurée depuis la diminution du montant de sa rente d'invalidité. En pareilles circonstances, l'intérêt de l'administration apparaît généralement prépondérant, puisque dans l'hypothèse où l'effet suspensif serait accordé et le recours serait finalement rejeté, l'intérêt de l'administration à ne pas verser des prestations paraît l'emporter sur celui de la personne assurée, il serait effectivement à craindre qu'une éventuelle procédure en restitution des prestations versées à tort ne se révèle infructueuse (ATF 119 V 503 consid. 4 p. 507 et les références; voir également arrêt I 267/98 du 22 octobre 1998, in VSI 2000 p. 184; HANSJÖRG SEILER, in Praxiskommentar zum VwVG, n° 103 ad art. 55 PA). Dans ce contexte, la jurisprudence a également précisé que le retrait de l'effet suspensif survenant dans le cadre de la suppression ou de la diminution d'une rente décidée par voie de révision devait également couvrir la période d'instruction complémentaire prescrite par renvoi de l'autorité de recours jusqu'à la notification de la nouvelle décision, sous réserve d'une éventuelle ouverture anticipée potentiellement abusive de la procédure de révision (ATF 129 V 370 et 106 V 18 ; voir également arrêt 8C_451/2010 du 10 novembre 2010 consid. 2 à 4, in SVR 2011 IV n° 33 p. 96); c) Une décision portant sur le retrait ou la restitution de l'effet suspensif est une décision incidente en matière de mesures provisionnelles (ATF du 12 mai 2011 9C 94/2011). Dans l'arrêt précité du 19 septembre 2006 (I 439/06), le TFA a considéré que, dans le contexte de la révision du droit à la rente, l'intérêt de l'assurée à pouvoir continuer à bénéficier de la rente qu'elle percevait jusqu'alors n'était pas d'une importance décisive, tant qu'il n'y avait pas lieu d'admettre que selon toute vraisemblance elle l'emporterait dans la cause principale. La situation matérielle difficile dans laquelle se trouvait l'assurée depuis la diminution du montant de sa rente d'invalidité ne saurait à cet égard constituer un élément déterminant. En pareilles circonstances, l'intérêt de l'administration apparaissait généralement prépondérant, puisque dans l'hypothèse où l'assurée n'obtiendrait pas gain de cause sur le fond matériel de la contestation, il était en effet à craindre que la procédure en restitution des prestations versées à tort ne se révèle infructueuse (ATF 105 V 269 consid. 3; VSI 2000 p. 187 consid.

5). S'agissant des prévisions sur l'issue du litige, elles ne présentaient pas, pour l'assurée, un degré de certitude suffisant pour qu'elles soient prises en considération. Les avis divergeaient aussi bien sur la situation médicale concrète de l'assurée que sur l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail, rendant l'issue du litige tout à fait incertaine. Seul un examen détaillé des pièces médicales versées au dossier permettrait de répondre à la question de savoir si la révision du droit à la rente était justifiée. Ainsi, l'intérêt de l'assurance-invalidité à réduire, même à titre provisoire, le montant de ses prestations l'emportait sur celui de l'assurée à percevoir une rente entière d'invalidité durant la durée de la procédure. Le retrait de l'effet suspensif par l'autorité était par conséquent justifié. a) 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. 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 p. 349, 113 V 273 consid. 1a p. 275; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372 et 387 consid. 1b p. 390). 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 dernière décision entrée en force reposant 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 et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108). b) Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. 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 p. 389 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c p. 17, 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314). 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. 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 (arrêts 9C_575/2007 du 18 octobre 2007, consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007, consid. 3.2.1). Dans un ATFA non publié du 13 août 2003, en la cause I 790/01, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a jugé que l'office de l'assurance-invalidité, qui disposait d'avis médicaux contradictoires, avait pris une décision

d'octroi de rente manifestement erronée. L'administration s'était contentée de statuer à la lumière de l'appréciation d'un des médecins, alors qu'il lui eut préalablement incombé d'élucider la divergence entre les deux certificats médicaux en ordonnant une expertise médicale. Ainsi, le dossier avait été insuffisamment instruit et la décision découlant de cette instruction lacunaire apparaissait manifestement erronée. Dans un ATFA non publié du 4 juillet 2003, en la cause I 703/02, le TFA a estimé que l'office de l'assurance-invalidité, en présence d'un seul avis médical émanant du médecin traitant, avait certes procédé à une instruction lacunaire, mais sa décision, basée sur un rapport médical clair, n'apparaissait pas manifestement erronée. Le TFA a notamment relevé : « Comme le seul avis médical au dossier émane du médecin traitant de S., il aurait sans doute été opportun de soumettre le prénommé, au terme de son stage de réadaptation, à un examen médical circonstancié auprès d'un médecin indépendant. L'office de l'assurance-invalidité y a renoncé, sans que l'on puisse toutefois considérer que l'instruction menée était lacunaire à tel point qu'il n'ait pas satisfait à ses obligations légales en la matière (art. 57 LAI et 69 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Or, s'il apparaît ultérieurement, à la suite d'une nouvelle analyse de la situation, que l'appréciation médicale du cas à l'époque était critiquable, cela ne rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement erronée ». c) S'agissant en particulier de la problématique des troubles somatoformes douloureux, la jurisprudence les concernant (ATF 130 V 352) ne saurait constituer un motif de reconsidération de la décision de rente (SVR 2008 IV n° 5 p. 12, I 138/07 consid. 4), pas plus qu'elle ne justifie, au titre d'une adaptation à un changement des fondements juridiques, de réduire ou de supprimer des rentes en cours, qui ont été allouées par le passé à des assurés souffrant de troubles somatoformes douloureux (ATF 135 V 215). d) De jurisprudence constante, l'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peuvent l'y contraindre (ATF 117 V 8 consid. 2a p. 12 et les références). Il n'existe ainsi pas de droit à la reconsidération que l'assuré pourrait déduire en justice. Cependant, lorsque l'administration entre en matière sur une demande de reconsidération et examine si les conditions d'une reconsidération sont remplies, avant de statuer au fond par une nouvelle décision de refus, celle-ci est susceptible d'être attaquée par la voie d'un recours. Le contrôle juridictionnel dans la procédure de recours subséquente se limite alors au point de savoir si les conditions d'une reconsidération (inexactitude manifeste de la décision initiale et importance notable de la rectification) sont réunies (ATF 117 V 8 consid. 2a p. 13, 116 V 62 ; Meyer-Blaser, Die Bedeutung von Art. 4 Bundesverfassung für das Sozialversicherungsrecht, RDS 111 [1992] II 443 sv.). L'introduction de la LPGa n'a rien changé à cet égard. Le législateur, qui n'a pas voulu déroger à ces principes, n'a fait que codifier cette pratique jurisprudentielle (voir notamment Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Zurich 2003, note 22 ad art. 53; FF 1991 II 258) (ATF du 10 juillet 2008 9C 447/2007). En l'espèce, le 11 janvier 2011 l'intimé a octroyé un quart de rente d'invalidité à la recourante en se basant sur les avis médicaux au dossier, soit ceux de la consultation commune de la douleur et des soins palliatifs des HUG des 16 octobre, 20 novembre 1995 et 11 mars 1996 posant un diagnostic de douleurs neurogènes chroniques du pied gauche sur probable syndrome du canal tarsien, celui de la division de rhumatologie des HUG du 1^{er} février 1996 posant le diagnostic de fibromyalgie en raison de la présence de douleurs dans toutes les articulations et tous les muscles, ceux du Dr N_____ des 5 janvier et 9 septembre 1996 attestant d'une fibromyalgie primaire et de douleurs chroniques du pied gauche sur probable syndrome du canal tarsien entraînant une capacité de travail limitée de 50 % dans une activité adaptée,

avec une éventuelle capacité de 100 % sous réserve que la fibromyalgie ne s'aggrave pas, ainsi que celui du Dr O _____ retenant une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée essentiellement assise tout en relevant que l'activité debout prolongée n'était plus possible en raison de l'atteinte de la cheville et du mollet gauches et non pas de la fibromyalgie. A la suite de l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 15 septembre 2008, l'intimé a procédé à une expertise rhumatologique menée par la Dresse G _____, du BREM. Celle-ci a conclu le 23 février 2009 à une situation au plan de la médecine générale, au plan des organes internes et au plan ostéoarticulaire, musculaire et neurologique stationnaire par rapport à l'examen SMR de 2005 ainsi qu'à la présence des mêmes limitations fonctionnelles que celles établies en 2005 (expertise BREM A.5). Quant au rapport SMR du 21 décembre 2005, il a conclu que les diverses atteintes à la santé ostéoarticulaires objectives présentées par l'assurée pouvaient aisément rendre compte du tableau douloureux chronique persistant de sorte qu'un diagnostic de fibromyalgie ne pouvait plus être posé, qu'il y avait eu une aggravation objective de la situation depuis novembre 1996, en particulier depuis 2003 comme relevé par le Dr N _____, qu'il avait été reconnu à l'assurée une capacité de travail limitée à 50 %, sur la base d'un diagnostic de fibromyalgie, alors présent, décision qui ne pouvait pas être considérée comme inappropriée, qu'il appartenait à l'administration d'apprécier si les atteintes à la santé retenues actuellement étaient à considérer comme l'aggravation de ce qui était interprété précédemment comme une fibromyalgie en raison du changement de paradigme juridique (ce qui imposerait une modification de l'exigibilité à laquelle l'expertise concluait) ou pas. Les experts R _____ et G _____ ont ainsi attesté d'une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis 1996. A cet égard, la question peut encore se poser de savoir si la disparition du diagnostic de fibromyalgie posé par la division de rhumatologie des HUG le 1^{er} février 1996 et nié ensuite par les expertises du SMR et du BREM correspondrait néanmoins à une amélioration de l'état de santé de la recourante. Or, les experts R _____ et G _____ ont indiqué qu'il existait des lésions ostéoarticulaires dégénératives indéniables à foyers multiples qui expliquaient l'état douloureux persistant, lequel faisait toujours l'objet des plaintes de la recourante qui annonçait des douleurs ostéoarticulaires généralisées diurnes et nocturnes (expertise SMR 2006 p. 7) ou encore des douleurs à l'épaule et au bras droits, à la nuque, au genou gauche, au médiotarse, dans la région du sacrum et des crêtes iliaques (expertise BREM A.1.3). En particulier, la Dresse G _____ a qualifié les douleurs multiples de la recourante, survenues au moment où celle-ci cumulait une activité professionnelle et ménagère, à des troubles musculo-squelettiques par surmenage, entité proche des douleurs d'insertion de la fibromyalgie (expertise BREM A.5). On constate ainsi que les multiples douleurs dont se plaignait la recourante justifiant un diagnostic de fibromyalgie ont ensuite été qualifiées différemment par les experts R _____ et G _____, lesquels ont reconnu l'existence d'un substrat organique expliquant les plaintes et une aggravation des douleurs depuis 1996, en particulier depuis 2003, de sorte que la modification des diagnostics posés ne correspond pas à une amélioration de l'état de santé de la recourante. Au vu de ce qui précède, la Cour de céans constate que depuis la décision de rente, de 2001 - motivée par une limitation de la capacité de travail de la recourante à 50 % en raison principalement d'une atteinte au mollet et à la cheville gauches mais aussi d'un état douloureux plus général, qualifié à l'époque de fibromyalgie - les expertises effectuées en 2005 par le SMR et en 2009 par le BREM ont toutes deux attesté d'une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis 1996, en particulier depuis 2003, de sorte que la révision de la décision de

rente précitée dans le sens d'une suppression de celle-ci ne saurait se fonder sur une amélioration de l'état de santé de la recourante qui aurait pu entraîner une appréciation à la hausse de sa capacité de travail; elle ne saurait non plus se fonder sur une augmentation du revenu d'invalidé fixé en 2001 à 20'000 fr. par an (référence 1996), la recourante exerçant actuellement une activité effective de concierge à 40 % avec un salaire mensuel brut de 1'600 fr. par mois, ou encore sur une modification de la jurisprudence en matière de fibromyalgie (cf. ATF 135 V 215 précité). En réalité, la Cour de céans constate que l'intimé a procédé à une reconsidération de sa décision de rente initiale en appréciant différemment, par le biais des expertises du SMR et du BREM précitées, la situation médicale de la recourante évaluée à l'époque par le Dr O _____ sur la base de l'avis du médecin-traitant et des HUG. Or, cette évaluation-ci, certes fondée sur une instruction sommaire, ne saurait être qualifiée de manifestement erronée, d'une part car l'expert du SMR lui-même considère qu'elle était à l'époque justifiée - en indiquant que la capacité de travail arrêtée à 50 % dans une activité adaptée n'était pas une décision inappropriée - suivi par la Dresse U _____ du SMR dans son avis du 25 avril 2008, laquelle relève que la rente ne pouvait être supprimée par une évaluation différente d'un même état de fait, ainsi que par l'intimé qui estime que l'avis médical fixant une capacité de travail de 50 % était correct (cf. procès-verbal de l'audience du 30 janvier 2012) - et, d'autre part, car le cas d'espèce peut être rapproché de celui jugé par le Tribunal fédéral (ATF du 4 juillet 2003 précité) dans lequel l'intimé avait effectué une instruction lacunaire, en se basant sur un seul avis médical du médecin-traitant et au sujet duquel le Tribunal fédéral avait néanmoins considéré que la décision de l'intimé n'était pas manifestement erronée dès lors que l'avis médical en question était clair, ce d'autant plus qu'en l'espèce, la décision de rente se fonde non seulement sur l'avis du médecin-traitant, le Dr N _____, confirmé par le Dr O _____, mais aussi sur les avis des HUG. Il convient encore de se demander si la capacité de travail arrêtée en 2001 était bien de 50 % dès lors que l'avis du Dr O _____ mentionnait que la capacité de travail était au départ de 50 % dans une activité assise et qu'il fallait la revoir à un an (avis du 1^{er} décembre 1997) et que le Dr N _____ avait également indiqué que la capacité de travail était au moins de 50 % au début, et peut-être totale, sous réserve que la fibromyalgie ne s'aggrave pas (avis du 9 septembre 1996). A cet égard, il a été constaté par les experts du SMR et du BREM que la recourante a présenté une aggravation de son état de santé objective depuis novembre 1996 et en particulier depuis 2003, de sorte que selon les experts, la fixation en 2001 de la capacité de travail à 50 % était parfaitement justifiée et documentée. Une capacité de travail à 100 % a été mentionnée par les médecins, d'une part, uniquement sous réserve que l'état de santé ne s'aggrave pas (la fibromyalgie selon le Dr N _____), ce qui a cependant été le cas vu l'aggravation de l'état douloureux et, d'autre part, uniquement dans le cadre d'une nouvelle appréciation, soit une révision à un an (selon le Dr O _____), laquelle n'a pas eu lieu, de sorte qu'il convient d'admettre que la capacité de travail arrêtée en 2001 était clairement de 50 %. En conséquence, il y a lieu de constater que la décision de rente était fondée en 2001 sur une capacité de travail de la recourante de 50 % dans une activité adaptée et ne saurait être reconsidérée au motif qu'elle serait manifestement erronée. Au vu de ce qui précède, la Cour de céans constate qu'il n'y a ni matière à révision, ni matière à reconsidération de la décision de rente de 2011. En conséquence, les chances de succès du maintien du quart de rente d'invalidité ne font en l'espèce aucun doute, au sens de la jurisprudence précitée, et l'effet suspensif au recours doit être restitué pour ce motif. Au surplus, la recourante invoque une aggravation de son état de santé par la survenance d'une

nouvelle hernie discale, attestée par une IRM de décembre 2009, soit antérieurement à la décision litigieuse. En l'état, la question de l'aggravation de l'état de santé de la recourante peut rester ouverte et fera l'objet de la procédure au fond, laquelle devra déterminer si une révision du droit à la rente se justifie dans le sens d'une augmentation de celle-ci. Il conviendra en particulier d'examiner si la recourante présente une aggravation de son état de santé ayant un impact sur sa capacité de travail, étant constaté qu'en l'état le Dr N_____ a attesté dans son avis du 1^{er} septembre 2011 que le status demeurerait inchangé de même que la capacité de travail de 50 % dans l'activité de conciergerie ou dans un poste adapté, fait également relevé par le SMR le 3 janvier 2012. Au vu de ce qui précède, la requête en restitution de l'effet suspensif au recours sera admise et l'effet suspensif au recours restitué dans le sens que la recourante a droit au versement d'un quart de rente d'invalidité depuis le jour de sa suppression. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant sur incident A la forme : Déclare le recours recevable. Préalablement : Admet la requête en restitution de l'effet suspensif au recours. Restitue l'effet suspensif au recours dans le sens que la recourante a droit au versement d'un quart de rente d'invalidité depuis le jour de sa suppression. Réserve le fond. 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); 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.