

GE_GERICHTE A/4512/2011 vom 23. Januar 2013

GE Cour de justice, 2013-01-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4512_2011

FR: GE_GERICHTE A/4512/2011 du 23 janvier 2013

IT: GE_GERICHTE A/4512/2011 del 23 gennaio 2013

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Madame B _____, à Genève recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, 1201 Genève intimé EN FAIT Madame B _____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1950, a obtenu un diplôme et doctorat en médecine à l'Université de Cracovie, en Pologne. Elle a exercé le métier de médecin en Algérie et en France. En Suisse, l'assurée a travaillé en qualité de médecin adjoint, spécialiste FMH en médecine générale, à la Clinique X _____, du 26 avril 1993 au 30 septembre 2000, à 50 % , pour un salaire mensuel de 8'120 fr. 65 dès le 1 er janvier 2000. Depuis 1994, elle exploitait en parallèle, à 50 %, un cabinet privé, sis à Nyon. L'assurée souffre d'une spondylolisthésis congénitale pour laquelle l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE (ci-après l'OAI ou l'intimé) lui a octroyé, en 1998, une orthèse du tronc. Elle a résilié son contrat de travail à la Clinique X _____ pour le 30 septembre 2000, pour des raisons de santé. En date du 6 avril 2001, l'assurée a déposé une demande de rente auprès de l'OAI. Dans son rapport du 30 avril 2001 à l'attention de l'OAI, le Dr C _____, spécialiste FMH en médecine interne, maladies rhumatismales, a diagnostiqué des lombosciatalgies bilatérales chroniques sur spondylolisthésis du 2 ème degré de L5 stable et sur scoliose lombaire à convexité gauche, ostéoporose sous traitement ainsi qu'une périarthrite chronique de la hanche droite. L'incapacité de travail en tant que médecin était de 50 % du 24 novembre 1999 au 2 janvier 2000, et de 50 % dès le 1 er septembre 2000. La capacité de travail ne pouvait pas être améliorée et une autre activité mieux adaptée à son état de santé n'était pas envisageable. L'OAI a procédé à une enquête économique pour les indépendants en date du 3 mars 2003. L'assurée a indiqué qu'elle avait quitté son emploi à la Clinique X _____ en raison de ses problèmes de santé. À son cabinet, elle effectuait des consultations de médecine générale et de psychiatrie. Le chiffre d'affaires de l'assurée était en progression constante, sauf en 1999, en raison d'une régularisation de sa clientèle. Le chiffre d'affaires était indépendant du temps de travail, car les consultations psychiatriques sont mieux rémunérées que celles de médecine générale, ce qui lui permettait de s'en sortir financièrement. Sur son activité à 50 %, elle consacrait 5 % de son temps à des tâches administratives. L'activité à la Clinique X _____ était mieux rémunérée, mais de sa propre initiative l'assurée a choisi de garder son cabinet. L'OAI s'est en conséquence basé sur la méthode extraordinaire de comparaison des gains qui débouchait sur un préjudice de l'ordre de 50 %. L'OAI a retenu un degré d'invalidité de 50 % et l'a mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1 er septembre 2001. Par décision du 14 juin 2006 rendue à l'issue d'une première procédure de révision, l'OAI a maintenu le droit de l'assurée à une demi-rente, motif pris que son degré d'invalidité n'avait pas changé. En 2009, l'OAI a initié une deuxième procédure de révision. L'assurée a déclaré que son état de santé s'était aggravé depuis environ deux ans et qu'elle consacrait dorénavant 30 % de son temps à ses

consultations et 20 % à des tâches administratives. Elle avait engagé une secrétaire médicale à temps partiel, à raison de 8 à 10 heures par semaine. Dans son rapport du 30 août 2009, le Dr C_____ a indiqué que l'état de santé de la patiente s'était aggravé en raison d'une augmentation progressive des lombosciatalgies en rapport avec l'augmentation de lésions dégénératives secondaires. Malgré cela, le rapport ajoutait que la capacité de travail en tant que médecin était toujours de 50%, ce depuis 2000. Dans le cadre de l'instruction, l'OAI a requis de l'assurée ses bilans et comptes de pertes et profits des cinq dernières années et a procédé à une nouvelle enquête économique. Consignée dans une note de travail du 8 mars 2010, cette enquête a mis en lumière une augmentation considérable de la capacité de gain de l'assurée sur les années 2007-2008. Ainsi, en 2007, le bénéfice net de son cabinet médical était de 193'776 fr. En 2008 il s'élevait à 168'815 fr., soit une moyenne de 181'296 fr. À titre de comparaison, la moyenne des revenus de l'assurée sur les trois années précédant son atteinte à la santé s'élevait à 145'376 fr. (106'257 fr. en moyenne pour son activité salariée à 50 % et 39'119 fr. pour l'activité indépendante à 50 %). L'enquête a relevé qu'en indexant ce revenu moyen sans invalidité de 145'376 fr. à l'année 2008, il s'élevait à 180'291 fr. L'OAI en a conclu que le degré d'invalidité était nul et ne permettait plus le maintien de la rente d'invalidité de l'assurée. Sur les années antérieures à 2007, l'analyse des comptes de pertes et profits produits a mis en exergue un revenu net de 115'195 fr. 55 en 2004, 137'984 fr. 82 en 2005 et 176'658 fr. 60 (205'234 fr. 45, cotisations AVS personnelles comprises) en 2006. Dans une deuxième note de travail du 30 août 2010, l'OAI a relevé que l'assurée a déclaré travailler 6 heures par jour, quatre jours par semaine, soit 24 heures par semaine, et qu'en sus elle a affirmé rester parfois le soir afin de régler la partie administrative de son activité professionnelle qui représente environ 10 % de son temps de travail total. Compte tenu d'un bénéfice net de 199'105 fr. en 2009, la moyenne des revenus 2007 - 2009 s'élevait à 187'232 fr., charges sociales propres comprises. En comparant cette moyenne au revenu moyen sans invalidité indexé à 2009, qui était de 174'178 fr., l'OAI obtenait toujours un degré d'invalidité nul. Dans une troisième note rédigée quelques jours plus tard, l'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assurée par comparaison des champs d'activité pour le métier de médecin indépendant. Par ce biais, il est parvenu à un degré d'invalidité de 28 %, lequel ne permettait pas non plus de maintenir la rente d'invalidité de l'assurée. 12. Dans un rapport médical intermédiaire daté du 30 septembre 2011 ayant pour objet de signaler d'éventuels changements intervenus depuis le 30 août 2009, le Dr C_____ a indiqué que bien que l'assurée souffre de meralgies paresthésiantes à la cuisse gauche depuis l'été 2011, son état de santé pouvait être qualifié de stationnaire. Le rapport précisait que cette nouvelle affection n'avait pas d'influence sur la capacité de travail qui était toujours de 50% en tant que médecin. Lors d'un entretien du 21 octobre 2011, l'assurée a précisé à l'OAI que la progression de ses revenus s'explique par le fait que son cabinet est bien situé, qu'il n'y a pas de confrère aux alentours, qu'elle bénéficie d'une bonne renommée et n'a pas de problème de clientèle. Elle dispose de deux spécialisations : médecin généraliste FMH et médecin psychiatre. 70 % de ses consultations relèvent de la psychiatrie et 30 % de la médecine générale. Les consultations de psychiatrie sont facturées 266 fr. de l'heure, celles de médecine générale de 120 fr. à 150 fr. L'introduction du TARMED en 2004 a été favorable à ses revenus. Elle travaille seule, son assistante qui travaille 12 heures par semaine s'occupe de la partie administrative, le suivi de la facturation étant assuré par la Caisse des médecins. Le bénéfice net de l'assurée s'est élevé en 2010 à 210'585 fr. après déduction des cotisations AVS personnelles. Dans sa note de travail du 21 octobre 2011, l'OAI a indiqué qu'étant donné que l'assurée exerçait, avant

son atteinte à la santé, une activité salariée et indépendante, il était difficile de chiffrer le revenu hypothétique sans atteinte à la santé. Aussi l'OAI a-t-il évalué le degré d'invalidité de l'assurée à 11% en comparant le revenu de médecin adjoint à X_____ réactualisé à 2010 (129'256 fr. pour un revenu annuel à 50% sans invalidité, soit un revenu arrondi à 260'000 fr. pour un plein temps) au revenu, contributions AVS/AI/APG comprises, de 232'259 fr. tiré de son revenu d'invalidité en 2010. Bien que selon ses propres déclarations, l'assurée n'eût probablement pas poursuivi son activité à la X_____, mais se serait consacrée à 100% à son cabinet sans l'atteinte à sa santé, la fixation du revenu hypothétique à 260'000 fr. en tant que salariée de la X_____ représentait, aux dires de l'OAI, la situation la plus favorable financièrement pour l'assurée. Pour étayer ces affirmations, la note de travail du 21 octobre 2011 précisait que le revenu annuel moyen des médecins indépendants en Suisse s'élevait en 2006 à 127'775 fr. pour les psychiatres, respectivement 193'412 fr. pour les généralistes. Quant au revenu moyen des médecins indépendants toutes disciplines confondues, il était d'environ 200'000 fr. net avant impôts en 2004. Par projet de décision du 25 octobre 2011, l'OAI a informé l'assurée qu'après comparaison des revenus, sa perte économique n'était que de 11 %, de sorte que son droit à la rente allait être supprimé pour l'avenir. Il était ajouté qu'un droit à des mesures d'ordre professionnel n'était pas reconnu. Par courrier du 14 novembre 2011, l'assurée a contesté ce projet. Elle relève qu'elle est médecin spécialisée en FMH de médecine générale interne et également en psychiatrie, que ces dernières années, le nombre de patients psychiatriques a considérablement augmenté, que l'introduction du TARMED a augmenté la valeur des points pour la psychiatrie ce qui explique aussi le montant de ses gains. Enfin, vu son âge et la progression de la maladie, à chaque moment son état de santé pourrait s'aggraver. Étant donné qu'elle est à trois ans de la retraite et qu'elle est au bénéfice d'une rente depuis une dizaine d'années, elle demande à l'OAI de bien vouloir diminuer sa rente à 40 % au lieu de la supprimer. Par décision du 5 décembre 2011, l'OAI a supprimé la demi-rente d'invalidité de l'assurée, avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, motif pris que le degré d'invalidité de 11 % ne permettait plus le maintien de ladite rente. L'OAI a également refusé de mettre l'assurée au bénéfice de mesures d'ordre professionnel en l'absence d'invalidité. Par acte du 21 décembre 2011, l'assurée interjette recours. Contestant la décision litigieuse pour les motifs déjà invoqués, elle conclut à l'octroi d'une rente de 40 %, voire de 25 %. Dans sa réponse du 9 février 2012, l'intimé conclut au rejet du recours en se référant aux motifs exposés dans sa décision. Il ajoute que la proportion croissante de patients relevant du domaine de la psychiatrie et l'augmentation de la valeur des points TARMED pour ce domaine médical ne sont pas en soi déterminants. La Cour de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle en date du 7 mars 2012. La recourante a indiqué que de par sa spécialisation en médecine générale interne et en psychiatrie, elle est active dans ces deux domaines. Elle a ajouté qu'avant d'être à l'AI, elle exerçait une activité à 50% à la Clinique X_____ et une autre en cabinet à 50% également. Évoquant l'évolution de ces dernières années, la recourante a exposé avoir plus de patients psychiatriques qu'auparavant, la proportion de ceux-ci s'établissant à 2/3 contre 1/3 pour les autres patients. Elle a expliqué que depuis l'introduction du TARMED, la pratique médicale de la psychiatrie est beaucoup mieux rémunérée qu'auparavant, mieux également que celle des médecins généralistes. La recourante a ajouté qu'elle travaille environ 20 à 22 heures par semaine et qu'elle reçoit entre 25 et 30 patients dans cet intervalle. Elle a précisé que les consultations en psychiatrie durent entre 50 et 60 minutes. Elle a soutenu que l'on ne saurait comparer une activité de médecin salarié avec celle d'un

médecin indépendant, un médecin indépendant gagnant davantage qu'un médecin dans les hôpitaux. Pour sa part l'intimé a réaffirmé que le calcul de comparaison des gains figurant dans la décision querellée prend pour base le revenu sans invalidité le plus favorable à la recourante, c'est-à-dire celui de médecin salarié réactualisé à 2010 en fonction des revenus communiqués par la Clinique X_____.

Sur question de la Cour de céans, la recourante a indiqué que si elle était en bonne santé, elle exercerait son activité de médecin indépendant probablement entre 45 et 50 heures par semaine. La recourante a ajouté qu'en Suisse, il n'est pas possible d'avoir deux FMH, que pour ce qui la concerne, elle est titulaire d'un FMH en médecine interne mais bénéficie d'une sous-spécialisation en psychiatrie obtenue au titre de droit acquis. Elle a précisé que ce statut l'autorise à exercer comme psychiatre au même tarif que les médecins-psychiatres FMH. La recourante a indiqué avoir une assurance perte de gain auprès de la PAX mais pas d'assurance 2^{ème} pilier. Elle a ajouté avoir utilisé sa prestation de libre passage résultant de son activité salariée pour ouvrir son cabinet. Sur quoi, la Cour de céans a octroyé un délai au 21 mars 2012 à la recourante pour produire les statistiques SANTESSUISSE 2009-2010. Elle a invité l'intimé à lui communiquer dans le même délai, cas échéant, les statistiques SANTESSUISSE du canton de Vaud du groupe des généralistes avec FMH et du groupe des psychiatres avec FMH. Par envoi daté du 12 mars 2012, la recourante s'est référée à l'audience du 7 mars 2012 et a adressé à la Cour de céans « ses statistiques-facteurs ». Il en ressort qu'elle est classée dans le groupe "médecine générale" et que les coûts directs facturés par son cabinet s'élevaient à 259'780 fr. en 2009 et 252'352 fr. en 2010. Par courrier du 20 mars 2012, l'intimé a annoncé à la Cour de céans qu'il ne pouvait donner suite à la demande de production des statistiques SANTESSUISSE 2009-2010, motif pris que SANTESSUISSE exigeait une demande écrite et motivée à cet effet. Pour le surplus, l'intimé a requis la production du dossier de l'assurance PAX en expliquant qu'il lui paraissait possible qu'il contienne des éléments utiles à l'instruction de la présente cause. Par acte du 30 avril, l'intimé s'est déterminé sur les statistiques-facteurs produites par la recourante suite à l'audience du 7 mars 2012 en déclarant que ces données propres à l'assurée ne présentaient pas d'utilité pour la présente cause. Par courrier du 20 juillet 2012, la Cour de céans a invité SANTESSUISSE à lui communiquer les statistiques globales (anonymisées) des facteurs de son groupe de comparaison, à savoir celui des médecins-généralistes, ainsi que des médecins psychiatres, pour les années 2006 à 2011. Par envoi du 30 juillet 2012, SANTESSUISSE a notamment adressé à la Cour de céans les statistiques-facteurs des médecins vaudois des branches "médecine interne générale" et "psychiatrie/psychothérapie" sur les années 2007 à 2011. Il en ressort que le coût direct moyen facturé à l'assurance obligatoire des soins se répartit comme suit par année et par médecin (en francs):

Facteurs	2007	2008	2009	2010	2011
Généralistes	228'104.59	213'341.01	202'019.97	188'017.13	193'479.32
Psychiatres	180'182.44	159'124.37	150'594.59	154'061.22	169'094.45

Par courrier du 14 août 2012, la recourante a indiqué que les statistiques envoyées par SANTESSUISSE n'appelaient pas de commentaire de sa part. Dans ses observations du 3 septembre 2012, l'intimé a soutenu que les statistiques produites ne permettaient pas d'aboutir à une évaluation plus favorable à la recourante puisque le revenu hypothétique retenu pour le calcul du degré d'invalidité de celle-ci (260'000 fr.) était largement supérieur aux montants figurant dans les statistiques. À ces observations était également jointe une note de travail rappelant que le chiffre d'affaires de la recourante s'était élevé à 326'854 fr. en 2007, 289'763 fr. en 2008, 334'748 fr. en 2009 et 373'050 fr. en 2010. Le 4 septembre 2012, la Cour de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger. EN DROIT

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2003, s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2005 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1, ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a, RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse, du 5 décembre 2011, concerne des faits survenus postérieurement à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2008, des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision). Au vu des faits pertinents du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné après le 1^{er} janvier 2008, à la lumière de la 5^{ème} révision (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable en vertu des art. 56 et ss LPGA. Le litige porte sur la suppression, par voie de révision, du droit de la recourante à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} février 2012. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quart de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des

effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). a) L'art. 17 al. 1^{er} LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). b) 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). En revanche, 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 ; 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 et les références). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5, 130 V 343 consid. 3.5.2). c) Depuis le 1^{er} janvier 2008, l'art. 31 al. 1 LAI prévoit toutefois que lorsqu'un assuré ayant droit à une rente perçoit un nouveau revenu ou que son revenu existant augmente, sa rente n'est révisée conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA que si l'amélioration du revenu dépasse 1'500 fr. par an. Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, l'art. 31 al. 2 LAI précise que seuls les deux tiers du montant dépassant le seuil de 1'500 fr. sont pris en compte lors de la révision de la rente. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'art. 31 al. 1 LAI ne s'applique que si la perception d'un nouveau revenu (1^{ère} hypothèse) ou l'augmentation du revenu existant (2^{ème} hypothèse) ont eu lieu à compter du 1^{er} janvier 2008, date d'entrée en vigueur de cette disposition (ATF non publié 9C_285/2012). Étant donné que l'art. 31 al. 2 LAI a été abrogé au 1^{er} janvier 2012, seuls les faits pertinents qui se sont produits jusqu'au 31 décembre 2011 sont concernés par cette disposition. En l'espèce, la décision litigieuse, du 5 décembre 2011, se fonde sur le revenu annuel d'invalidé de 232'259 fr. réalisé par la recourante en 2010, soit après l'entrée en vigueur de l'art. 31 LAI. Dès lors que la survenance d'un changement notable des circonstances doit être déterminée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 précité), il convient de comparer le revenu annuel d'invalidé 2010 au revenu annuel d'invalidé obtenu en 2006 (205'234 fr. 45). En procédant à cette comparaison, l'on obtient une augmentation du revenu annuel de 27'024 fr. 55, de sorte qu'il y a bien matière à révision en vertu de l'art. 31 al. 1 LAI.

Il reste à déterminer si l'invalidité de la recourante s'est modifiée au point de supprimer son droit à la rente à compter du 1^{er} février 2012. En vertu de l'art. 28 a LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (al. 1^{er}). L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (al. 2). 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 LPGA. 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 dans les deux domaines d'activité (al. 3). Toutefois, lorsqu'il y a lieu d'admettre que si l'assuré ne souffrait d'aucune atteinte à la santé, il exercerait, au moment de l'examen de son droit à la rente, une activité lucrative à temps complet, l'invalidité est évaluée exclusivement selon les principes applicables aux personnes exerçant une activité lucrative (art. 27 bis RAI). En l'espèce, la recourante a déclaré que si elle était en bonne santé, elle exercerait son activité de médecin indépendant probablement entre 45 et 50 heures par semaine. Il en découle qu'il y a lieu d'évaluer son invalidité selon les principes applicables aux personnes exerçant une activité lucrative. L'art. 16 LPGA prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. 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). 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 de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). 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 ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global 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 75 consid. 5). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF non publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06) En l'espèce, l'intimé a comparé le revenu sans invalidité de médecin adjoint à X_____ réactualisé à 2010 (260'000 fr. pour un plein temps) avec le revenu d'invalide de 232'259 fr. réalisé par la recourante la même année. Au vu des principes exposés ci-dessus, la méthode d'évaluation choisie par l'intimé ne prête pas le flanc à la critique. Selon l'intimé, la perte de gain de 27'741 fr. (soit 11%) résultant de cette

comparaison se révèle insuffisante pour envisager le maintien du droit à une demi-rente. Pour sa part, la recourante ne conteste pas les calculs de l'intimé. Elle se borne à expliquer l'augmentation de ses revenus au cours des deux dernières années par la proportion plus importante de patients psychiatriques. Ce point n'est toutefois pas pertinent dans le cadre de la détermination du revenu d'invalidé pour laquelle seul importe le revenu que l'assuré serait raisonnablement en mesure d'obtenir compte tenu de son état de santé (ATF non publié 9C_883/2007 consid. 2.3 et arrêt IV.2010.00901 du Sozialversicherungsgericht du canton de Zurich du 27 avril 2012, consid. 3.2.). Or en l'espèce, les rapports médicaux successifs font état d'une capacité de travail de 50% en tant que médecin sans faire de distinction entre l'activité de généraliste et celle de psychiatre. Partant, l'argument de la recourante ne permet pas de faire abstraction (en tout ou partie) de l'accroissement de ses revenus en 2010. Cela étant, il convient de relever que l'intimé a omis d'appliquer l'art. 31 LAI dans le cadre de la détermination du revenu d'invalidé de la recourante. Au sens de l'art. 31 LAI, le montant qu'il convient de prendre en compte à raison de deux tiers se réfère à l'amélioration du revenu (qui dépasse le seuil de 1'500 fr.) et non pas à l'ensemble du revenu (ATF 137 V 369 consid. 4.4.3). Comme en l'espèce, la hausse de revenu intervenue depuis la dernière révision s'élève à 27'024 fr. 55, il y a lieu d'en déduire le montant de 1'500 fr. et de prendre en compte les 2/3 du montant restant. Ce faisant, le revenu d'invalidé déterminant en 2010 s'élève à 222'250 fr. 82 [205'234,45 + 2/3 x (27'024,55 - 1'500)]. Il résulte de la comparaison des revenus que la recourante a subi en 2010 une perte de gain de 37'749 fr. 18 (260'000 - 222'250,82), ce qui correspond à un degré d'invalidité de 14,5% [(260'000 - 222'250,82) / 260'000], soit un taux qui demeure insuffisant pour envisager le maintien du droit à une rente quelle qu'elle soit. Compte tenu de ce qui précède, la recourante n'a pas droit au maintien de sa demi-rente au-delà du 31 janvier 2012.

E. 10

Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de 500 fr. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant A la forme : Déclare le recours recevable Au fond : Le rejette. Met un émolument de 500 fr. à la charge de la recourante. 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 Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le