

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/100/2011

ATAS/1081/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 novembre 2011

4<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Madame C \_\_\_\_\_, domiciliée à Genève, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Romolo MOLO

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Rosa GAMBA et Olivier LEVY, Juges  
assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame C\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1963 au Portugal, est arrivée en Suisse en 1994. Dès le 1<sup>er</sup> avril 1997, elle a exercé l'activité de femme de ménage auprès de la FONDATION X\_\_\_\_\_. En date du 13 décembre 1999, en descendant les escaliers de son domicile, l'assurée a fait une chute, entraînant une torsion de sa cheville droite. Elle est parvenue dans un premier temps à se soigner elle-même et à travailler le lendemain.
2. Le 15 décembre 1999, l'assurée a subi une opération du tunnel carpien de la main gauche.
3. Le 31 janvier 2000, elle a annoncé son accident du 13 décembre 1999 à la WINTERTHUR ASSURANCE, son assurance-accidents.
4. Dans son rapport médical initial LAA du 7 février 2000, la Doctoresse L\_\_\_\_\_, médecin-assistante, a indiqué que l'assurée avait subi une entorse en inversion de la cheville droite le 13 décembre 1999 et qu'il y avait une persistance des douleurs. Les premiers soins avaient été prodigués le 19 janvier 2000 et l'assurée était en incapacité totale de travail depuis cette date.
5. A la fin du mois de mars 2000, l'assurée a subi une nouvelle entorse de la cheville droite.
6. Dans son rapport médical du 22 février 2001, la Doctoresse M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, a posé comme diagnostics une tendinopathie des tendons péroniers, des douleurs chroniques de la cheville droite, un status après entorse mineure de la cheville droite et une malformation congénitale de l'articulation sous-astragalienne. Le statu quo sine avait été retrouvé huit semaines après l'accident et, suite à ce dernier, il n'y avait pas d'invalidité. Malgré les plaintes de la patiente, il fallait selon le médecin tenter une reprise du travail. Si cette dernière s'avérait définitivement impossible, la situation devrait être réévaluée. Dans son activité de femme de ménage, l'assurée restait en charge, ce qui favorisait des douleurs, mais on pouvait imaginer une activité raisonnablement exigible dans un travail plus sédentaire et/ou en position assise.
7. Le 28 décembre 2001, le Docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et orthopédie, a rendu un rapport d'expertise à la demande de la WINTERTHUR ASSURANCE. Il a retenu comme diagnostics une tendinite des péroniers latéraux du côté droit, un status après deux entorses de la cheville droite en inversion en décembre 1999 et printemps 2000 et une malformation congénitale des deux pieds. Le médecin a relevé que la patiente était en incapacité totale de travail depuis le 10 novembre 2000, cette incapacité pouvant être revue à la lumière de l'examen

clinique devant être fait prochainement par un spécialiste reconnu des affections orthopédiques des pieds.

8. Le 7 janvier 2002, l'assurée a subi une opération sous la forme d'une cure de syndrome du tunnel carpien droit par section du ligament annulaire du carpe.
9. Le 21 janvier 2002, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité sous forme d'une rente ou d'un reclassement dans une nouvelle profession auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison d'une entorse grave du pied droit existant depuis le 13 décembre 1999.
10. Dans son rapport médical du 19 février 2002, la Doctoresse N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a retenu comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail une tendinite des péroniers latéraux de la cheville droite, un status après deux entorses de la cheville droite en inversion en décembre 1999 et printemps 2000, une malformation congénitale des deux pieds et un status post cure d'un syndrome du tunnel carpien droit. L'assurée était en incapacité totale de travail depuis le 10 novembre 2000 et une intervention chirurgicale consistant en une révision des péroniers, toilette articulaire et éventuelle arthrodèse sous-astragalienne devait être prochainement envisagée. Dans ses rapports du 20 février 2002, elle a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire, que la capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales et que des mesures professionnelles étaient indiquées. L'activité de femme de ménage n'était plus exigible de la part de l'assurée, cette dernière pouvant par contre exercer sans diminution de rendement toute activité n'entraînant pas une station debout prolongée.
11. Le 20 février 2002, sur demande de l'OAI, X\_\_\_\_\_ a rempli et renvoyé le questionnaire pour l'employeur, indiquant que l'assurée était employée à raison de huit heures par jour et cinq jours par semaine depuis le 1<sup>er</sup> avril 1997 pour un salaire annuel brut de 42'000 fr. L'assurée s'était trouvée en incapacité de travail à 100% du 15 décembre 1999 au 4 avril 2000, à 50% du 5 avril 2000 au 21 mai 2000, et à 100% du 22 mai 2000 au 31 mai 2000. Depuis le 10 novembre 2000, elle était à nouveau en incapacité totale de travail.
12. Dans son rapport médical du 14 mai 2002, le Docteur O\_\_\_\_\_, médecin associé au sein du Département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: les HUG), a indiqué que l'assurée était toujours en arrêt de travail depuis l'accident de décembre 1999. Il a préconisé une intervention chirurgicale, consistant en une révision avec débridement de la ténosynovite des péroniers éventuellement associée à une ténodèse, une ostéotomie de médialisation de la tubérosité calcanéenne droite et un très probable allongement du tendon d'Achille.

13. En octobre 2002, l'assurée a subi une intervention au pied droit sous la forme d'une ostéotomie.
14. Le 21 mai 2003, la Doctoresse N\_\_\_\_\_ a rendu un rapport médical intermédiaire à l'intention de l'OAI, aux termes duquel l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis février 2003. En effet, elle a posé comme diagnostics supplémentaires une tendinopathie du sus-épineux des deux épaules avec bursite sous-acromiale prédominante à gauche, une probable fibromyalgie et une décompensation d'une arthrose sous-astragalienne sur pied varus équin à gauche. Ces trois diagnostics avaient une influence sur la capacité de travail. Le médecin a expliqué que l'évolution avait été favorable au niveau du pied droit avec amélioration des douleurs et récupération fonctionnelle du membre inférieur droit. Par contre, suite à la rééducation à la marche avec les cannes, des douleurs aux deux épaules étaient apparues quatre mois auparavant avec crise douloureuse postérieure et antérieure et manque de force ne répondant que peu au traitement anti-inflammatoire. Il y avait également une décompensation de l'arthrose sous-astragalienne sur le pied gauche non corrigée par des semelles adaptées. Concernant les limitations fonctionnelles, le médecin a mis en évidence la marche à l'aide d'une canne à droite avec boiterie antalgique, une douleur à toute mobilisation en élévation des deux épaules et un manque de force. Le traitement en cours consistait en de la physiothérapie, le port de semelles orthopédiques et des antidépresseurs. Dans l'état actuel, toute reprise d'activité professionnelle était exclue au vu des multiples pathologies de cette patiente et de la situation se dégradant au niveau du pied gauche.
15. Dans une note du 19 août 2003, le Docteur P\_\_\_\_\_ du Service médical régional AI (ci-après: le SMR) a relevé le signalement d'une aggravation au niveau du pied gauche, le pied droit allant mieux. Par contre, il a noté une tendinopathie des deux épaules liée à l'utilisation d'une canne, de sorte qu'une activité manuelle n'était pas envisageable pour l'instant. En définitive, il a admis une incapacité de travail totale et préconisé une révision dans dix mois.
16. Par décision du 25 août 2003, l'OAI a refusé la mise en place de mesures d'ordre professionnel, estimant que de telles mesures n'étaient pas envisageables pour l'instant vu que l'assurée avait droit à une rente entière d'invalidité. Toutefois, si ultérieurement son état de santé venait à s'améliorer, il serait loisible à l'assurée de s'annoncer à nouveau auprès de l'OAI.
17. Par décision entrée en force du 9 janvier 2004, l'OAI a accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2001, estimant qu'elle était en incapacité totale de travail depuis le 10 novembre 2000. Le délai de carence d'une année arrivait ainsi à échéance le 10 novembre 2001, date à partir de laquelle le droit à une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100% devait être reconnu.

18. Le 4 août 2004, l'OAI a ouvert une procédure de révision.
19. Le 15 septembre 2004, la Doctoresse N\_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI un rapport médical intermédiaire faisant état d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis 2002. L'aggravation était lentement progressive et touchait les épaules, principalement la gauche, où il y avait une péjoration de l'arthrose sous-astragaliennne avec décompensation et douleurs occasionnelles. Au niveau de la cheville droite, l'état était par contre stationnaire.
20. Dans ses rapports médicaux du 12 décembre 2004, la Doctoresse Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a retenu comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail une malformation congénitale des deux pieds, un état dépressif, une probable fibromyalgie, ainsi que les diagnostics posés par la Doctoresse N\_\_\_\_\_. Sa patiente était en incapacité totale de travail depuis le 10 novembre 2001 et son état de santé s'était aggravé progressivement.
21. Le 23 août 2006, l'assurée a été examinée par les Docteurs R\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_, du SMR. Dans leur rapport d'examen rhumato-psychiatrique du 27 février 2007, les médecins ont posé les diagnostics suivants ayant une répercussion sur la capacité de travail, s'agissant des douleurs persistantes aux deux chevilles: une arthrose tibio-astragaliennne bilatérale prédominant à droite, une malformation congénitale de l'arrière-pied en varus avec coalescence fibreuse du tarse, un status après ostéotomie de médialisation de la tubérosité calcanéenne droite en octobre 2002 et un status après distorsion en varus à répétition de la cheville droite. Ils ont également relevé une notion de conflit sous-acromial de l'épaule gauche et des rachialgies communes. Sur la base d'un examen clinique dans les limites de la norme, l'assurée ne souffrait toutefois selon eux d'aucune pathologie psychiatrique invalidante. Ils ont relevé les limitations fonctionnelles suivantes: concernant les pieds et les chevilles, l'assurée devait éviter tout travail imposant des déplacements à pied réguliers et prolongés, des genuflexions répétées, et s'exécutant en position agenouillée ou debout immobile permanente; concernant les rachialgies, l'assurée devait pouvoir alterner une à deux fois par heure la position assise et la position debout, éviter le soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 8 kilos et tout travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc; concernant les épaules, elle devait éviter tout travail se faisant en contre-résistance à plus de 60° de flexion et/ou d'abduction des épaules, surtout à gauche. Il n'y avait par contre aucune limitation fonctionnelle psychiatrique. Les médecins ont mis en évidence qu'il n'apparaissait pas, dans une optique rigoureusement biomécanique, pourquoi une activité sédentaire n'avait pas été reconnue comme exigible initialement. En tout état de cause, il n'y avait objectivement pas d'aggravation de la situation. Si l'activité habituelle de femme de ménage n'était effectivement plus exigible de l'assurée, une activité respectueuse des limitations fonctionnelles était possible et également exigible à 100%, étant donné l'absence d'atteinte à la santé psychique incapacitante. Il était, a posteriori, des plus délicats de dater le début de cette

période d'exigibilité complète. Rétrospectivement, ils ont estimé, en se basant sur les données anamnestiques et sur l'analyse des différents documents médicaux à disposition, que l'évaluation du Docteur P\_\_\_\_\_ du 19 août 2003 admettant une incapacité de travail de 100% en raison de la tendinopathie des deux épaules liée apparemment à l'utilisation d'une canne et proposant une révision dix mois plus tard ne correspondait pas à la réalité biomécanique. En réalité, selon ces médecins du SMR, l'assurée était capable d'assumer une activité professionnelle adaptée dès le début de l'année 2003, soit environ trois mois après l'opération sur le pied droit.

22. Dans son avis médical du 2 octobre 2006, le Docteur T\_\_\_\_\_ du SMR a estimé que la décision de l'OAI fondée sur l'avis du SMR du 19 août 2003 n'avait pas tenu compte de la jurisprudence en vigueur concernant la fibromyalgie. Selon lui, il fallait considérer que l'état de santé de l'assurée s'était effectivement amélioré au début de l'année 2003 et que cet état permettait, dès le début de cette année, une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de nettoyeuse demeurait toutefois dès cette date.
23. L'OAI a confié au Centre d'intégration professionnelle (ci-après: le COPAI) un mandat d'observation professionnelle. Dans son rapport du 6 décembre 2007, le COPAI a conclu à l'impossibilité pour l'assurée de réintégrer le monde économique ordinaire au vu de l'ensemble de ses limitations démontrées lors du stage. Concernant ses capacités physiques, l'assurée pouvait tenir la position assise au moyen d'une chaise ergonomique et pratiquer une activité simple de l'industrie légère, mais sa résistance au stress physique et son tonus étaient très faibles. Concernant ses capacités d'intégration sociale, elle était très centrée sur ses douleurs et vivait totalement repliée sur elle-même, sans aucune activité ni projet d'avenir, même personnel. L'assurée était très déprimée, fragile sur le plan émotionnel, se sentait dévalorisée et sa résistance au stress environnemental était très faible. Pour toutes ces raisons, elle ne pouvait actuellement pas s'investir dans une démarche de réinsertion professionnelle, ni même sociale.
24. Dans son avis médical du 23 juin 2008, le Docteur U\_\_\_\_\_ du SMR a estimé que les conclusions du rapport du COPAI ne remettaient pas en cause l'avis de son confrère du 2 octobre 2006. La capacité de travail exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était donc de 100% dès janvier 2003.
25. Dans son rapport final du 18 juillet 2008, le technicien en réadaptation professionnelle de l'OAI a indiqué avoir procédé à la comparaison des gains en prenant en compte l'exigibilité médicale retenue par le SMR. Le degré d'invalidité s'élevait à 5%, ne permettant plus le maintien de la rente d'invalidité octroyée par décision du 9 janvier 2004. Ce taux ne permettait pas non plus l'octroi de mesures d'ordre professionnel sous forme de reclassement. Toutefois, sur demande expresse et motivée de la part de l'assurée, et afin d'accompagner cette dernière dans la

recherche d'un emploi adapté, l'examen d'une éventuelle aide au placement serait possible.

26. Par projet de décision du 27 août 2008, l'OAI a supprimé la rente de l'assurée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Selon lui, le problème au niveau des épaules justifiant l'octroi d'une rente avait évolué favorablement, de sorte que la décision initiale pouvait être revue. Le complément d'instruction mis en place par l'OAI laissait par ailleurs supposer que des mesures professionnelles ne permettraient pas de rétablir sensiblement la capacité de gain de l'assurée, de sorte que l'octroi de telles mesures devait être refusé. En définitive, il restait donc à déterminer le taux d'invalidité de l'assurée depuis le changement de l'état de fait mis en évidence en 2007. De la comparaison des gains ressortait un degré d'invalidité de 5%, ne permettant plus le maintien de la rente d'invalidité octroyée par décision du 9 janvier 2004.
27. Par courrier du 29 septembre 2008, l'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a contesté ce projet de décision, estimant que son invalidité d'un taux de 100% subsistait et qu'il n'y avait donc pas lieu de modifier la décision du 9 janvier 2004.
28. Par décision formelle du 2 octobre 2008, l'OAI a confirmé son projet de décision.
29. Par acte du 4 novembre 2008, l'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours contre cette décision par-devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après: le TCAS), alors compétent. Elle a conclu à l'annulation de la décision querellée et à la constatation de son droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 1<sup>er</sup> décembre 2008.
30. Par courrier du 24 mars 2009 adressé à l'assurée, l'OAI a annulé sa décision du 2 octobre 2008 et décidé de reprendre l'instruction du dossier de l'assurée.
31. Par arrêt entré en force du 27 avril 2009, le TCAS a pris acte de l'annulation de la décision du 2 octobre 2008, déclaré le recours sans objet, condamné l'OAI à verser à l'assurée une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens et rayé la cause du rôle.
32. L'OAI a mandaté le Bureau romand d'expertises médicales (ci-après: le BREM) aux fins d'examiner l'assurée et d'effectuer une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique. Dans leur rapport du 9 août 2010, les Docteurs V\_\_\_\_\_ et W\_\_\_\_\_, spécialistes FMH en rhumatologie et médecine interne et A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu les diagnostics suivants ayant une répercussion sur la capacité de travail : une arthropathie dégénérative sous-astragaliennne bilatérale secondaire à un pied creux varus congénital, un status après entorses de la cheville droite avec tendinite des péroniers en 1999 et 2000, un status après ténodèse des péroniers et ostéotomie de médialisation du calcanéum droit en octobre 2002, une spondylodiscarthrose sans myélopathie ni radiculopathie dans le cadre de lombalgies communes et une

ébauche de gonarthrose fémoro-patellaire. Par contre, sur le plan psychique, il n'y avait aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Sur le plan somatique, les experts ont estimé que les limitations fonctionnelles retenues par les médecins du SMR en 2006 restaient d'actualité. Ils n'ont par contre pas relevé d'aggravation de l'état de santé depuis 2001, au contraire des médecins traitants. La situation restait stable objectivement depuis l'examen du SMR en 2006 et ils ont confirmé une amélioration sur le plan objectif au niveau du pied droit avec disparition de la tendinopathie péronière, amélioration de la torsion externe et récupération de la marche sans les cannes depuis 2003 au moins. Selon les experts, une activité adaptée au plan biomécanique, en position assise dans l'industrie légère, était exigible en plein de la part de l'assurée sans diminution de rendement. Rétroactivement, une activité adaptée était à nouveau exigible à partir de trois ou quatre mois postopératoires (chirurgie du pied en octobre 2002), soit dès le début de l'année 2003. Elle l'était lors de la révision de la rente en 2004, lors de l'examen du SMR en 2006 et le restait actuellement. Sur le plan psychique, les experts ont retenu que la capacité de travail de l'assurée était entière. Cependant, le pronostic pour la reprise d'une activité professionnelle paraissait mauvais car l'expertisée n'avait plus travaillé depuis 1999, mais ceci sortait du champ médical. Concernant les éventuelles mesures de réadaptation professionnelle, les experts ne trouvaient pas l'expertisée motivée à reprendre le chemin d'une activité professionnelle. Elle mettait en avant ses empêchements et n'envisageait pas une activité adaptée.

33. Dans son avis médical du 14 septembre 2010, le Docteur B \_\_\_\_\_ du SMR a relevé que les observations des experts du BREM en 2010 confirmaient les constatations de l'examen du SMR du 23 août 2006. Du point de vue médical actuel, il a retenu une incapacité de travail à 100% en tant que nettoyeuse dès le 10 novembre 2000 et une capacité de travail à 100% dès février 2003 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Selon lui, ni l'examen du SMR du 23 août 2006 ni l'expertise actuelle ne démontraient une amélioration de l'état de santé par rapport à la situation existant lors de la décision du 9 janvier 2004. Par contre, il a relevé en faveur d'une reconsidération que les experts rhumatologues actuels notaient l'absence d'éléments objectifs étayant l'aggravation signalée par l'orthopédiste traitant en mai 2003. La conclusion de l'avis du SMR du 19 août 2003, selon laquelle une activité manuelle n'était pas envisageable en raison d'une atteinte aux épaules, n'avait selon le médecin pas été basée sur une instruction suffisante permettant de préciser les limitations fonctionnelles objectives des membres supérieurs.
34. Par projet de décision du 17 septembre 2010, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait supprimer la rente dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Selon lui, depuis sa décision initiale du 9 janvier 2004, le problème de santé à l'origine de l'octroi de la rente (tendinopathie des épaules liée à l'utilisation d'une canne) avait évolué favorablement. L'assurée pouvait actuellement exercer une activité lucrative à temps complet sur le marché équilibré

du travail ne nécessitant pas de formation complémentaire, les motifs invoqués par le COPAI pour légitimer une impossibilité de réintégrer le marché du travail ne relevant pas des conséquences de l'atteinte à la santé. Par ailleurs, des mesures professionnelles ne permettraient vraisemblablement pas d'améliorer la capacité de gain de l'assurée et il ressortait de la comparaison des gains un degré d'invalidité de 5%, ne permettant plus le maintien de la rente d'invalidité octroyée par décision du 9 janvier 2004.

35. Par courrier du 20 octobre 2010, l'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a contesté ce projet de décision, ne partageant l'appréciation de l'OAI ni en fait ni en droit.
36. Par décision du 26 novembre 2010, l'OAI a supprimé la rente entière d'invalidité de la recourante, motif pris que son état de santé s'était amélioré depuis la décision initiale du 9 janvier 2004 et qu'elle pouvait actuellement exercer une activité lucrative à temps complet sur le marché équilibré du travail qui ne nécessite pas de formation complémentaire. Compte tenu d'un degré d'invalidité de 5 % , le droit à la rente s'éteint.
37. Par acte du 14 janvier 2011, l'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours contre cette décision, concluant d'une part à l'audition de la Doctoresse E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, et du Docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et d'autre part à l'annulation de la décision querellée et à la constatation de son droit à une rente entière d'invalidité. Subsidiairement, elle a conclu à l'octroi de mesures de réadaptation, notamment de mesures de reclassement. En substance, l'assurée a fait valoir qu'elle continuait à présenter une incapacité de travail entière et durable, de sorte qu'elle devait continuer à bénéficier d'une rente entière d'invalidité. La suppression de sa rente ne se justifiait en tous cas pas car la décision contestée était en réalité une révision découlant d'une appréciation juridique différente du même complexe de faits.
38. Dans sa réponse du 31 janvier 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours, estimant que le rapport d'expertise du 9 août 2010, qui devait se voir reconnaître pleine valeur probante, mettait en évidence une nette amélioration de l'état de santé de la recourante, justifiant une révision. Il ne s'agissait donc pas d'une appréciation différente d'un état de santé resté inchangé. Par ailleurs, au vu de l'état de santé de la recourante au moment de la décision initiale de rente, ladite décision n'était pas manifestement erronée, excluant ainsi la voie de la reconsidération.
39. Le 28 mars 2011, la recourante a complété son recours, concluant préalablement, en sus de l'audition des Docteurs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, à l'octroi de mesures médicales à visée réadaptative et de mesures d'ordre professionnel, en particulier de mesures de réinsertion. Principalement, elle a persisté dans ses conclusions.

Concernant son état psychique, la recourante a produit un rapport médical du Docteur F\_\_\_\_\_ du 7 février 2011, aux termes duquel il suivait la recourante depuis le 17 octobre 2008 et ne partageait pas le diagnostic de simple dysthymie posée par l'expert du BREM. Pour sa part, il retenait un trouble dépressif récurrent actuellement léger mais évoluant en dents de scie. Selon lui, la recourante ne disposait pas dans l'immédiat d'une éventuelle capacité de gain et une observation en atelier permettrait de déterminer avec plus de précision sa capacité de travail éventuelle. En tout état de cause, il convenait de mettre en œuvre des mesures médicales à visée réadaptative et des mesures d'ordre professionnel avant de se prononcer sur une éventuelle suppression de rente. Concernant les aspects somatiques, la recourante a produit un rapport médical de la Doctoresse E\_\_\_\_\_ du 24 mars 2011, aux termes duquel elle confirmait la nécessité d'une prise en charge pour des moyens auxiliaires et un traitement conservateur afin que la recourante puisse se réhabiliter, avant toute reprise d'une activité professionnelle. Enfin, selon la recourante, la décision litigieuse était une reconsidération sous couvert de révision, cette dernière voie n'étant pas ouverte.

40. Dans son écriture du 8 avril 2011, l'intimé a persisté dans ses conclusions, se référant notamment à un avis médical établi le 4 avril 2011 par les Docteurs B\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ du SMR. Aux termes de cet avis, les médecins estimaient, après avoir réétudié le dossier, que si l'on ne pouvait pas conclure de manière formelle à une décision manifestement erronée le 9 janvier 2004, les examens au SMR le 23 août 2006 et au BREM le 11 mars 2010 permettaient de retenir une situation améliorée par rapport à celle documentée le 9 janvier 2004, avec en particulier l'observation d'une bonne mobilité des épaules et l'anamnèse d'un fonctionnement conservé au ménage. La conclusion des examens psychiatriques des 23 août 2006 et 28 avril 2010 d'absence d'atteinte psychique grave incapacitante n'était pas mise en doute par le diagnostic posé par le psychiatre traitant d'épisode léger de trouble dépressif récurrent, diagnostic n'indiquant pas de comorbidité psychiatrique grave. En conclusion, les médecins du SMR considéraient qu'il n'y avait aucun élément remettant en cause les conclusions de la décision du 26 novembre 2010 selon lesquelles une amélioration de l'état de santé avait été mise en évidence en août 2006 et en mars-avril 2010, avec une capacité entière de travail dans une activité adaptée.
41. Par courrier du 9 mai 2011, la recourante a estimé que l'on ne pouvait pas se référer à un avis de la réadaptation professionnelle du 18 juillet 2008, comme le faisait l'intimé, pour évaluer son état de santé et sa capacité de travail en novembre 2010. Par ailleurs, les mesures préconisées par la Doctoresse E\_\_\_\_\_ dans son certificat médical du 24 mars 2011 devaient être prises en compte si l'on devait admettre l'existence d'un éventuel potentiel à faire valoir en vue de l'exercice d'une activité économique, ce qui était contesté en l'état.

42. Une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue devant la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après: la CJCAS) en date du 25 mai 2011. A cette occasion, la représentante de l'intimé a indiqué, quant à l'octroi de mesures médicales, qu'elles n'entraient pas en ligne de compte. S'agissant des mesures d'ordre professionnel, si la recourante considérait être incapable de travailler à 100%, l'OAI ne voyait pas ce que l'on pourrait mettre en place compte tenu de son attitude subjective.

Ni la recourante ni son mandataire ne se sont présentés à cette audience.

43. Par courrier du 27 mai 2011 adressé à la CJCAS, le mandataire de la recourante s'est excusé pour l'absence de sa mandante et de lui-même à l'audience du 25 mai 2011 et a maintenu ses conclusions visant l'audition des Docteurs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_. Il a par ailleurs constaté que l'intimé ne comprenait pas que les mesures demandées étaient des mesures médicales à visée réadaptative et non, dans un premier temps, des mesures professionnelles.

44. La CJCAS a ouvert les enquêtes et procédé à l'audition en date du 29 juin 2011 de la Doctoresse E\_\_\_\_\_ en qualité de témoin. Elle a déclaré qu'elle connaissait cette patiente depuis 2007 en tant que médecin généraliste pour des pathologies de médecine générale et qu'elle avait repris son dossier de la Doctoresse Q\_\_\_\_\_ qui avait pris sa retraite. Le témoin a confirmé avoir prescrit des mesures de réadaptation au travail. Certaines pathologies somatiques avaient été réglées au moyen d'interventions chirurgicales. En particulier, la pose d'un by-pass avait été préconisée et effectuée, la perte de poids ayant notamment permis une amélioration des douleurs articulaires. Cependant, les problèmes d'arthrose n'étaient pas réglés et ne pouvaient l'être. S'agissant de la cheville gauche, une intervention avait été proposée par l'orthopédiste mais la Dresse E\_\_\_\_\_ était assez mitigée à cet égard, la patiente ayant subi auparavant une intervention au pied droit sous la forme d'une ostéotomie en octobre 2002. La patiente était assez coopérante et avait tout accepté, y compris la pose d'un by-pass. Elle souffrait cependant de crises de douleurs généralisées importantes de type fibromyalgie pour lesquelles elle l'avait consultée. Selon le témoin, les problèmes du genou et de la cheville gauches n'avaient rien à voir avec la fibromyalgie, mais étaient les conséquences de son surpoids et les complications de l'obésité sur son articulation n'étaient pas encore réglées malgré une perte pondérale de 40 kilos. La patiente ne pouvait rester debout ou assise pendant une longue durée car cela déclenchait des douleurs lombaires. La praticienne lui prescrivait souvent des antalgiques et lorsque les crises étaient importantes, elle devait lui faire des injections, associées à de la physiothérapie. Le témoin a encore expliqué que la patiente avait travaillé au Portugal comme ouvrière dans le textile, soit en position assise alors qu'elle était obèse. Par la suite, en Suisse, elle avait exercé une activité dans le ménage, soit dans une activité pas facile, et elle était actuellement épuisée par les douleurs et son parcours. Lors des crises douloureuses, elle était repliée sur elle-même et triste. Le

témoin avait demandé un soutien psychologique pour sa patiente qui avait été administré par une psychologue ortho-bionomiste selon une approche de prise en charge globale. S'agissant de la capacité de travail, la Dresse E\_\_\_\_\_ ne pouvait pas se prononcer de façon précise. Même dans une activité adaptée, la patiente présenterait probablement une diminution importante de la capacité de travail en raison des crises douloureuses. Quant aux problèmes d'arthrose, la patiente s'y était faite en trouvant des positions de confort et en se reposant. Elle la consultait surtout pour les crises douloureuses de fibromyalgie, lorsqu'elle était épuisée physiquement et psychologiquement par ses douleurs. Dans ces cas, le traitement administré devait se faire souvent sous forme d'injections antalgiques, comme du Tramal par exemple.

Le même jour, le Docteur F\_\_\_\_\_ a été entendu par la CJCAS en qualité de témoin. Sur le plan psychiatrique, il ne partageait pas entièrement les conclusions du rapport du BREM. De son point de vue, la recourante souffrait d'un trouble dépressif récurrent d'intensité légère. Il se fondait sur le fait que la patiente avait présenté un premier épisode dépressif après son accouchement et qu'elle présentait actuellement un deuxième épisode dépressif. Le témoin a indiqué suivre la patiente depuis le 17 octobre 2008 et avoir changé son traitement antidépresseur avant d'avoir eu connaissance du rapport d'expertise du BREM parce qu'elle ne réagissait pas bien au précédent traitement. Il lui avait prescrit du Cipralex, contrairement à la proposition du BREM. Ce médicament n'avait pas pour but d'agir sur la douleur, mais sur les symptômes dépressifs. Le témoin n'était toutefois pas contre la proposition du BREM, mais il n'avait pas pu la suivre parce qu'il avait reçu trop tard le rapport d'expertise. Il a confirmé que dans l'immédiat, la patiente ne pouvait pas faire valoir sa capacité de gain, ce qui n'était pas très habituel dans les états dépressifs légers, mais n'était pas non plus complètement exclu. Sa patiente ne pouvait pas du tout mettre en valeur sa capacité de travail, ceci en raison de la durée de l'épisode dépressif. Le témoin a préconisé une nouvelle évaluation en atelier afin de déterminer la capacité de travail résiduelle, ne partageant pas les conclusions du BREM quant à la capacité de travail du point de vue psychiatrique. De son point de vue, il convenait d'abord de mettre en place une mesure d'observation et d'évaluation puis, si cela s'avérait concluant, des mesures de réadaptation. Sur question, il a confirmé l'avis du BREM en ce sens que sur le plan psychiatrique, on ne pouvait pas retenir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant.

Au terme de cette audience, la recourante a indiqué, s'agissant d'une activité lucrative, qu'elle voulait bien essayer mais elle ne savait pas si elle pourrait y arriver. Elle n'avait aucune formation et avait travaillé à 100% comme femme de ménage chez X\_\_\_\_\_. Elle a contesté les conclusions du rapport d'expertise effectué par le BREM en août 2010, rappelant qu'elle a été au bénéfice d'une rente entière d'invalidité pendant environ dix ans et qu'elle n'a plus repris d'activité professionnelle depuis décembre 1999.

Le mandataire de la recourante a relevé que suite à l'examen rhumato-psychiatrique du SMR du 23 août 2006, l'OAI avait mis en œuvre une expertise au BREM, vu le défaut de qualification de psychiatre FMH du médecin du SMR. Il a également constaté que les experts du BREM rejetaient le diagnostic de fibromyalgie, contrairement au médecin traitant. De son point de vue, la décision litigieuse était une décision de révision qui, sans le dire, s'apparentait à une reconsidération. En tout état de cause, il conviendrait de faire une observation telle que préconisée par le Docteur F\_\_\_\_\_.

La représentante de l'intimé a quant à elle indiqué que l'OAI maintenait ses conclusions.

45. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). Il y a lieu de rappeler à cet égard que les définitions de l'incapacité de travail, de l'incapacité de gain, de l'invalidité, de la méthode de comparaison des revenus et de la révision (de la rente d'invalidité et d'autres prestations durables) contenues dans la LPGA correspondent aux notions précédentes dans l'assurance-invalidité telles que développées par la jurisprudence (ATF 130 V 343).

En l'espèce, la décision litigieuse datant du 26 novembre 2010 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA et des modifications de la LAI relatives à la 4<sup>ème</sup> et à la 5<sup>ème</sup> révisions, entrées en vigueur respectivement en date des 1<sup>er</sup> janvier 2004 et 1<sup>er</sup> janvier 2008. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné en fonction des nouvelles normes de la LPGA et

---

des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>ème</sup> et la 5<sup>ème</sup> révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

En ce qui concerne les règles de 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 71 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours dans le délai de 30 jours suivant leur notification (art. 56 al. 1 et 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, la décision litigieuse a été reçue par la recourante en date du 2 décembre 2010. Le délai de recours a commencé à courir le 3 décembre 2010 et est parvenu à échéance le lundi 17 janvier 2011. En effet, selon l'art. 38 al. 4 LPGA applicable par analogie (cf. art. 60 al. 2 LPGA), les délais ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement. Le recours, déposé le 14 janvier 2011, a dès lors été interjeté en temps utile.

Déposé par ailleurs en la forme requise, le recours est ainsi recevable (art. 89B loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10).

4. Le litige consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a supprimé la rente d'invalidité de la recourante dès le 1<sup>er</sup> février 2011, singulièrement si l'état de santé de cette dernière s'est amélioré depuis la décision du 9 janvier 2004.
5. a) 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1<sup>er</sup> LPGA).

Selon le texte de la loi en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, l'invalidité est réputée survenue, selon l'art. 4 al. 2 LAI, dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé de l'assuré ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b). S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où il prend naissance,

---

conformément à l'art. 29 al. 1<sup>er</sup> LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le premier jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 aLAI ; ATF 126 V 5 consid. 2b et les références).

Avec l'entrée en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 de la nouvelle LAI, l'invalidité est réputée survenue, selon l'art. 4 al. 2 LAI, dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. À teneur de l'art. 29 LAI, le droit à une rente d'invalidité prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1<sup>er</sup> LPGA, mais pas avant le mois qui suit son dix-huitième anniversaire.

b) Selon l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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 ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1<sup>bis</sup> LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins.

Selon l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

En vertu de l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Il y a interruption notable de l'incapacité de travail lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (art. 29ter du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI ; RS 831.201). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

6. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance

d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 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 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

7. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

S'agissant plus particulièrement de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

Le but de l'expertise pluridisciplinaire est quant à lui d'obtenir une collaboration entre différents praticiens et d'éviter les contradictions que pourraient entraîner des examens trop spécialisés, menés indépendamment les uns des autres. En effet, il convient de s'attacher à la discussion globale menée par les experts plutôt qu'aux rapports forcément sectoriels et limités des différents spécialistes consultés en cours

d'expertise (ATFA non publiés du 13 mars 2006 [I 16/05] et du 4 juillet 2005 [I 228/04]).

Selon la jurisprudence, le juge ne doit, en principe, pas s'écarter sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci ne remplit pas les conditions nécessaires à lui reconnaître toute valeur probante (elle contient des contradictions ou est incomplète). En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 290 consid. 1b; ATF 112 V 32 et les références).

8. Aux termes de l'art. 17 al. 1 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1<sup>er</sup> 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).

Selon la jurisprudence, 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 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente, peut motiver une révision.

Pour juger si un tel changement s'est produit, il faut comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de rente initiale avec les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 369 consid. 2; ATF 109 V 262 consid. 4a). C'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5). On ajoutera également que le motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4 et du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2).

---

Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Selon l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).
10. En l'espèce, l'intimé a supprimé la rente d'invalidité de la recourante dès le 1<sup>er</sup> février 2011, considérant qu'elle pouvait actuellement exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, son état de santé s'étant amélioré depuis la décision du 9 janvier 2004.

La recourante allègue pour sa part continuer à présenter une incapacité de travail entière et durable dans toute activité.

11. Pour ce faire, il convient de comparer les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision de rente initiale avec ceux prévalant lors de la décision litigieuse. Lors de sa décision initiale d'octroi de rente du 9 janvier 2004, l'intimé s'est notamment fondé sur l'avis médical de la Dresse N\_\_\_\_\_ du 21 mai 2003, aux termes duquel l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis février 2003, excluant toute reprise d'activité professionnelle. En effet, après l'opération du mois d'octobre 2002, l'évolution avait été favorable au niveau du pied droit mais, suite à la rééducation à la marche avec les cannes, des douleurs aux deux épaules étaient apparues quatre mois auparavant, ainsi qu'une décompensation de l'arthrose sous-astragalienne sur le pied gauche. L'intimé s'est également fondé sur l'appréciation établie le 19 août 2003 par le Dr P\_\_\_\_\_ du SMR, selon laquelle il convenait d'admettre une incapacité de travail totale avec révision dans dix mois en raison d'une aggravation au niveau du pied gauche et d'une tendinopathie des deux

épaules liée à l'utilisation d'une canne, rendant pour l'instant inenvisageable toute activité manuelle.

La Cour de céans souligne que ces appréciations concordantes ne sont pas manifestement mal fondées. Les parties ne l'allèguent du reste pas.

12. Dans le cadre de l'actuelle procédure de révision, les Drs R\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_ du SMR ont estimé suite à leur examen du 23 août 2006 que la recourante présentait une capacité de travail exigible totale dans une activité adaptée. Admettant la grande difficulté de dater rétrospectivement le début de cette période d'exigibilité, ils l'ont néanmoins fixé au début de l'année 2003, soit environ trois mois après l'opération du pied droit.

Dans son avis médical du 2 octobre 2006, le Dr T\_\_\_\_\_ du SMR a considéré que l'état de santé de l'assurée s'était effectivement amélioré au début de l'année 2003, permettant dès cette date une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Les experts du BREM ont réalisé une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique le 9 août 2010 à la demande de l'intimé. Au terme de leur analyse, ils sont parvenus à la conclusion claire que la capacité de travail de la recourante était nulle depuis l'accident du 10 novembre 2000 dans son activité professionnelle habituelle de nettoyeuse. Par contre, dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, la capacité de travail exigible était entière dès le début de l'année 2003, en raison d'une amélioration au niveau du pied droit avec disparition de la tendinopathie péronière, amélioration de la torsion externe et récupération de la marche sans les cannes. Le SMR, se basant sur cette appréciation pour rendre son avis médical du 14 septembre 2010, est parvenu aux mêmes conclusions.

La Cour relève que lors de leur expertise, les experts du BREM ont procédé à un examen complet et minutieux de l'état de santé de la recourante. Pour ce faire, ils se sont appuyés sur l'entier du dossier, notamment sur les rapports des médecins ayant examiné la patiente auparavant, de sorte qu'on ne peut que constater que leur rapport se base sur un dossier bien étayé. Une anamnèse complète a été réalisée et le rapport de 58 pages est circonstancié. L'état de santé de la recourante a fait l'objet d'examens approfondis, ses plaintes ont été prises en compte et les médecins ont procédé à une discussion et une appréciation du cas détaillée.

13. Au vu de ce qui précède, la Cour de céans retient une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de nettoyeuse dès l'accident, mais par la suite entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. L'état de santé de la recourante s'est par conséquent amélioré. C'est toutefois à tort que les experts du BREM et les médecins du SMR font remonter une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée au début de l'année 2003 déjà. Au contraire, selon les appréciations convaincantes des Drs N\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ des 21 mai 2003 et 19

août 2003, la recourante ne disposait pas à cette époque d'une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée et ni les experts du BREM, ni les médecins du SMR n'expliquent aujourd'hui de façon convaincante pourquoi ils s'écartent des avis des médecins ayant examiné la recourante à l'époque. S'agissant des experts du BREM, la Cour relève d'ailleurs qu'ils semblent avoir été influencés sur ce point par les avis médicaux du SMR établis en 2006. En tout état de cause, fixer plus de sept ans auparavant la date du début de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée sans tenir compte des rapports médicaux convaincants de l'époque n'est pas admissible. Les différents médecins s'accordent d'ailleurs pour reconnaître la grande difficulté d'une telle fixation rétrospective, qui ne saurait être retenue en l'espèce. En définitive, la Cour de céans considère qu'en tous les cas en date du 9 août 2010, date du rapport des experts du BREM, la recourante présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, en raison de l'amélioration de son état de santé, ce qui constitue un motif de révision.

Pour le surplus, les rapports médicaux établis par les Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ ainsi que leurs déclarations faites en audience ne sont pas de nature à remettre en cause cette appréciation de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. A ce propos, il convient de rappeler que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier.

Il convient donc à ce stade de calculer le degré d'invalidité de la recourante à compter du 9 août 2010.

14. En vertu de l'art. 16 LPGA, 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.

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu sans invalidité se détermine 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).

Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

15. Est déterminante en l'occurrence pour la comparaison des revenus et le calcul du degré d'invalidité l'année 2010, soit le moment à partir duquel la recourante présente une capacité de travail résiduelle entière dans une activité adaptée. Les revenus avec et sans invalidité doivent donc être déterminés par rapport à cette même année.

En ce qui concerne tout d'abord le revenu sans invalidité de la recourante, il résulte des pièces du dossier qu'elle aurait perçu en 2002 un revenu annuel total de 42'000 fr., correspondant à son revenu de nettoyeuse au sein de X\_\_\_\_\_. Après indexation à l'évolution des salaires (cf. Statistique de l'évolution des salaires/ Indice suisse des salaires, OFS, tableau T39, p. 25), le revenu sans invalidité s'élève à 46'883 fr. pour l'année 2010 ( $42'000 \div 2047 \times 2285$ ). C'est donc à tort que l'intimé a retenu un revenu sans invalidité de 47'744 fr.

Pour déterminer ensuite le revenu d'invalidé de la recourante, il convient en l'absence d'un revenu effectivement réalisé de se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb p. 76). Il convient de préciser que la recourante n'a pas de qualification particulière et a uniquement exercé l'activité de nettoyeuse depuis son arrivée en Suisse. Compte tenu de l'activité de substitution que pourrait exercer l'assurée dans une activité légère et adaptée, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4)

dans le secteur privé, soit en 2008, 4'116 fr. par mois ou 49'392 fr. annuellement (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, p. 11, TA1). Après indexation à l'évolution des salaires (cf. Statistique de l'évolution des salaires/ Indice suisse des salaires, OFS, tableau T39, p. 25), ce montant doit être porté à 50'861 fr. pour l'année 2010 ( $49'392 \div 2219 \times 2285$ ). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 (41,6 heures; la Vie économique, 10-2011, p. 98, B 9.2), ce montant s'élève à 52'895 fr. Conformément à la jurisprudence, il convient encore d'appliquer un facteur de réduction sur le salaire statistique qui tient compte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (ATF 126 V 75 consid. 5 p. 78). Pour tenir compte notamment de l'âge de la recourante et du fait que seule une activité légère serait possible vu les limitations fonctionnelles, l'intimé a procédé à une réduction supplémentaire de 15%, laquelle paraît tout à fait appropriée (ATFA non publiés du 29 novembre 2006, I 848/05 consid. 5.3.3 et du 4 juin 2004, I 617/03 consid. 5.2). Le revenu avec invalidité de la recourante s'élève donc en définitive à 44'960 fr. 75.

Il résulte de ce qui précède qu'à compter du 9 août 2010, date du rapport des experts du BREM à partir de laquelle la recourante dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, sa perte de gain s'élève à 1'922 fr. 25, ce qui correspond à un degré d'invalidité de 4%, ne permettant plus le maintien de la rente d'invalidité.

Lorsque l'intimé a rendu sa décision litigieuse en date du 26 novembre 2010, la recourante présentait dès lors depuis plus de trois mois un degré d'invalidité insuffisant au maintien de sa rente d'invalidité (art. 88a al. 1 RAI). En vertu de l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, c'est donc à juste titre que l'intimé a supprimé la rente d'invalidité de la recourante dès le 1<sup>er</sup> février 2011, soit dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision litigieuse intervenue le 2 décembre 2010.

16. La Cour souligne encore que dans la décision litigieuse, l'intimé ne s'est pas prononcé sur le droit éventuel de la recourante à des mesures d'ordre professionnel, se contentant de mentionner qu'elle pouvait actuellement exercer une activité lucrative à temps complet sur le marché du travail ne nécessitant pas de formation complémentaire. Or, la recourante demande à titre subsidiaire des mesures d'ordre professionnel et est totalement absente du marché du travail depuis le mois de novembre 2000, la seule activité dans laquelle elle a de l'expérience, à savoir l'activité de nettoyeuse, n'étant plus exigible. Ainsi, en raison de la période non négligeable de désintégration professionnelle et de l'impossibilité pour l'assurée de faire appel à son expérience passée, les chances qu'elle a de réintégrer par ses propres moyens le marché du travail semblent particulièrement aléatoires. Il appartiendra donc à l'intimé, cas échéant, de prendre les mesures nécessaires de réintégration dans le circuit économique et d'examiner si des mesures

professionnelles entrent en ligne de compte (ATF non publié du 31 janvier 2011, 9C\_368/2010). Le fait que l'intimé ait déclaré lors de l'audience du 25 mai 2011 qu'il ne voyait pas ce qui pourrait être mis en place pour la recourante compte tenu de son attitude subjective n'y change rien.

17. Compte tenu de tout ce qui précède, le recours doit être rejeté dans le sens des considérants.
  
18. En vertu de l'art. 69 al. 1bis LAI, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant la Cour de céans est soumise à des frais de justice, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de 200 fr.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette dans le sens des considérants.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour décision sur les mesures professionnelles.
4. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.
5. 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

La présidente

Isabelle CASTILLO

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